

**MUJERES, SALUD Y TELEVISIÓN: ETNOGRAFÍA DE MEDIOS Y AUDIENCIAS EN
EL CONTEXTO DE LA SALUD COLOMBIANA**

NATALIA URREA ARROYAVE

**Trabajo de grado para optar al título de
Antropóloga**

Asesor:

ALEJANDRO AGUDELO CALLE

Magister en Antropología

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS

DEPARTAMENTO DE ANTROPOLOGÍA

MEDELLÍN

2017

TABLA DE CONTENIDO

1. AGRADECIMIENTOS	4
2. RESUMEN	5
3. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN	7
4. INTRODUCCIÓN	7
4.1. Presentación.....	7
4.2. Planteamiento del problema.....	10
4.3. Objetivos.....	19
5. MARCO METODOLÓGICO	20
6. RESULTADOS Y DISCUSIONES.....	34
6.1. Capítulo 1: Relación de las mujeres con la salud individual y colectiva: un breve contexto histórico	34
6.1.1. Mujeres y salud en la antigüedad.....	35
6.1.2. Mujeres y salud: Edad media	37
6.1.3. Mujeres y salud en la crisis poblacional del siglo XIV	42
6.1.4. Mujeres y salud: Transición al capitalismo.....	44
6.1.5. Mujeres y salud: Edad moderna	50
6.1.6. El fin de la caza de brujas.....	53
6.1.7. Mujeres y salud en la edad contemporánea	53
6.2. Capítulo 2: Historias de vida de la relación entre las mujeres y la salud	62
6.2.1. Caracterización de las interlocutoras e interés en el tema de la salud	63
6.2.2. Mujeres y sus estilos de vida saludables	67
6.2.3. Riesgos diferenciales y afecciones en la salud femenina	75
6.2.4. Fuentes en salud: lugares de donde las mujeres extraen información sobre salud	84
6.2.5. Sistemas médicos presentes en el proceso de salud y enfermedad de las mujeres	85
6.2.6. Itinerarios terapéuticos	95
6.3. Capítulo 3: Relación televisión, mujeres y salud.....	98
6.3.1. Medios, audiencias y la recepción: algunos estudios y teorías	101
6.3.2. Resituando a la televisión y al televidente: Estudios de medios y audiencias en Colombia.	110
6.3.3. Relación de las televidentes con la televisión.....	114
6.3.4. Entre la compañía entretenida y la ayuda educativa: el lugar de la televisión en salud en la vida de las mujeres.....	133
6.3.5. Recepción televisiva en salud: interacción, mediaciones y apropiaciones en salud	138
7. CONSIDERACIONES FINALES.....	161
8. REFERENCIAS.....	166

...A todas las mujeres del pasado, presente y futuro, para que por medio de trabajos como este se pueda aportar un poco a la búsqueda de un panorama más justo y menos violento para todos y todas, una mejor calidad de vida y un bienestar en todos los ámbitos de existencia...

1. AGRADECIMIENTOS

A mi asesor Alejandro Agudelo por guiar este proceso. Todos sus aportes a nivel académico, laboral y personal, fueron fundamentales para la elaboración de este trabajo.

A las mujeres que hicieron parte de esta investigación, por abrirme las puertas de sus vidas y compartir conmigo un poco de lo que ellas son.

A mis amigas Sara, Amalia, Betsabé, Stephaníe y Liz, quienes han recorrido junto a mí este trayecto de elaboración personal y profesional, explorando, aprendiendo, queriendo; a mi amigo Andrés por el acompañamiento y apoyo mutuo; a Esteban Augusto, por compartir sus saberes y consejos oportunos; y en general a mis compañeros y compañeras de la Universidad, con quienes compartí cafés, palabras, pasos, conocimientos y sentires.

A mi madre, mi abuela y a mi familia en general, quienes con su amor y motivación constante ayudaron a sacar esto adelante.

A Daniel por su cariño y apoyo incondicional, siempre tratando de ayudar más allá de las posibilidades.

A la Universidad de Antioquia y a mis profesores de Antropología por tan invaluable enseñanzas.

Al Grupo de Investigación Rerdsa, en especial a Claudia Puerta, quienes con su conocimiento y experiencia, me han ayudado a nutrir este proyecto y a cultivar mi vocación investigativa.

Al Parque de la vida y a Comunideas Colombia, en especial, a Edilson Bustamante, Kelly Manosalva, Érika Benjumea, Sebastián Guzmán y Liliana Franco, por todo el apoyo y la oportunidad de formación profesional y laboral, sus nuevos enfoques me han aportado en la afinación y aplicación de los aprendizajes, ayudando así a potenciar mis capacidades.

A Isabel, Manuela y Alejandra, por el apoyo motivacional y por una amistad más allá del tiempo.

2. RESUMEN

La presente monografía busca comprender la relación de las mujeres con la salud y la televisión mediante un acercamiento etnográfico, con el fin de identificar las mediaciones y apropiaciones que configuran la recepción en salud y su influencia en la gestión de la salud propia, familiar y colectiva. Explora las fuentes y las nociones de la salud de las interlocutoras, así como los rituales que se establece cotidianamente con la televisión, identificando las mediaciones subjetivas y socioculturales presentes en el proceso de televidencia. El estudio concluye que la recepción televisiva en salud es activa y que el proceso de apropiación de los contenidos que está determinada por diversos factores entre los cuales se destacan el género, el rol de madre y las experiencias en salud. Además se argumenta que la televisión tiene un potencial importante en la formación de salud de las audiencias.

Palabras clave: Mujeres, salud, televisión, recepción televisiva en salud, mediaciones, modalidades de apropiación, gestión de la salud.

ABSTRACT

This monograph seeks to understand the relation of women to health and television through an ethnographic approach, to identify the mediations and appropriations that shape the reception in health and its influence in the management of own, family and collective health. Exploring the sources and notions of the health of the interlocutors, as well as the rituals that are established daily with television, identifying the subjective and sociocultural mediations present in the televiewing process. The study concludes that the television reception in health is active and that the process of appropriation of the contents is determined by several factors among which being a woman, the role of mother, health experiences, are decisive. In addition, it is argued that television has an important potential in the health training of audiences.

Keywords: Womens, Health, TV reception in health, mediations, modalities of appropriation, management of health.

3. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Este estudio es el resultado de una pasantía en la investigación doctoral “La formación ciudadana a través de los medios de comunicación. La televisión colombiana y su aporte a las ciudadanías en salud” (2016), realizada por el investigador Alejandro Agudelo. Se nutre de los avances conceptuales y metodológicos de la línea Geografías del desarrollo y bienestar del grupo de investigación Recursos Estratégicos, Región y Dinámicas Socioambientales Rerdsa, adscrito al Instituto de Estudios Regionales Iner, de la Universidad de Antioquia; cuyo foco de interés es analizar las concepciones y realidades de las condiciones de vida de diferentes grupos sociales, con un enfoque analítico centrado en las personas y las comunidades.

4. INTRODUCCIÓN

4.1. Presentación

En la búsqueda incesante por la comprensión del ser humano y la multidimensionalidad en que se encuentra inserto y en constante movimiento, la antropología se ha acercado a diferentes contextos y realidades humanas complejas, observando más allá de lo que se ve a simple vista, con una mirada, sensibilidad y detalle tal que le ha permitido ir desentrañando aquellos sentidos y significados profundos por los que se ha preguntado y aportar a la construcción de alternativas para un mundo en el cual nos podamos acercar más, para que de esa manera todos y todas tengamos lugar.

De manera que el análisis antropológico, en este caso, permite acercarse a la manera en que las mujeres perciben, interpretan y construyen sus realidades en materia de salud a partir de su relación

con esta y con las instituciones en las que se encuentra representada, incluyendo los medios de comunicación y, particularmente, la televisión.

Así pues, este trabajo se acerca a la relación histórica de las mujeres con la salud y analiza cómo esta relación no es natural, sino cultural, producto de diversos procesos históricos, que le han delegado la responsabilidad del cuidado en salud, a la vez se le han impuesto un sinnúmero de trabas para intentar despojarlas de sus saberes en salud; saberes que incluyen el conocimiento del funcionamiento de sus propios cuerpos. En consecuencia, se ha generado una dependencia cada vez más fuerte al conocimiento médico hegemónico, también llamado sistema de salud occidental.

Sin embargo, este conocimiento de la medicina occidental, les ha sido privatizado a las mujeres, al negarles, en un principio, el acceso a las instituciones académicas. Posteriormente, cuando se dio una mayor apertura en este campo, las mujeres pudieron acceder más fácilmente a la formación académica en las facultades de medicina y afines. No obstante, el acceso a este tipo de información no es accesible para el común de la población, menos aún en el contexto de salud colombiano, en el cual existe un sinnúmero de barreras para la atención y asesoría médica en salud.

Es así como la televisión colombiana ha venido asumiendo esa función de promover la salud, informar acerca de la enfermedad, así como dar recomendaciones para el cuidado (Agudelo, 2016). De manera que en este estudio interesa, especialmente, identificar las realidades y nociones de salud de las interlocutoras y, posteriormente, observar la interacción de estas con los programas televisivos de salud, para de esta manera analizar las modalidades de apropiación de los contenidos, el tránsito que hacen los mensajes en las subjetividades particulares, los factores que inciden en la interpretación de los mensajes, así como las significaciones dadas a los mismos y la incidencia de los programas en salud en la gestión de la salud propia, familiar y colectiva. La forma de presentar los resultados de la investigación está pensada de la siguiente manera:

En el capítulo uno, se describe la relación histórica de las mujeres con la salud y se analiza cómo no se trata de una relación natural, sino cultural, producto de diversos procesos históricos, que le han delegado la responsabilidad del cuidado en la salud, pero que a la vez se le ha puesto un sinnúmero de trabas que las ha despojado de sus saberes en salud, incluyendo el conocimiento del funcionamiento de sus propios cuerpos, lo cual ha generado una dependencia al conocimiento médico hegemónico.

En el capítulo dos se relatarán, de manera transversal, las historias de vida de cinco mujeres y la relación que estas han tenido con sus cuerpos, con el cuidado y gestión de la salud en general, y la construcción de ciertas subjetividades basadas en el rol que las mujeres deben cumplir en la sociedad y en sus familias. El objetivo es identificar las nociones de salud que se han construido en todo ese transitar, así como los factores que inciden en la recepción televisiva de los mensajes de salud.

En el último capítulo se realiza un recuento acerca de las teorías de estudio de medios y audiencias en el contexto global y en Colombia particularmente, resaltando aquellas ideas y conceptos que son utilizados en el análisis de las “Historias de vida televisivas”. Posteriormente, se describen las relaciones que las mujeres han establecido cotidianamente con la televisión y, particularmente, con los programas de salud, es decir, las rutinas diarias y los momentos en los que está presente la televisión, para conocer sus rituales particulares y el lugar de la televisión en salud en sus vidas. Y, finalmente, se realiza una reflexión acerca de las mediaciones y apropiaciones que cada una realiza a partir de la interacción con los programas de salud vistos durante el trabajo de campo, y las interacciones previas de las que se da cuenta en las entrevistas.

Finalmente, se incluye un apartado de Consideraciones finales, en el cual se retomen los tres capítulos anteriores, para realizar una síntesis en la cual se evidencie los hallazgos y aportes más

importantes de la investigación, a partir de los objetivos de la misma. Esto con el objetivo de lograr un acercamiento al papel que la televisión en salud ejerce en la gestión de la salud propia y colectiva de las mujeres.

A continuación se realiza un contexto acerca del problema y los principales cuestionamientos que dan origen a esta tesis:

4.2. Planteamiento del problema

A lo largo de la historia, se ha relacionado a las mujeres con el cuidado de la salud, es decir, son ellas en quienes recae la responsabilidad de velar por el bienestar de sí mismas y sus familias. No obstante, los conocimientos en materia de salud han sido producto de la empírea, experiencia y saberes culturales difundidos y heredados, más allá que de un conocimiento emergido de la ciencia o la academia; al contrario, han tenido un acceso bastante limitado a los conocimientos de la medicina occidental. Esta situación se ha dado por el despojamiento de los saberes culturales en torno a la salud, debido a la estigmatización de las mujeres como brujas y la posterior privatización del saber médico occidental en las academias, que como se detallará, la inserción de las mujeres en este campo fue negada durante un largo tiempo.

Sin embargo, el conocimiento tradicional o doméstico, ha sobrevivido en el tiempo, bien sea por movimientos de resistencia que han surgido, así como por muestras de sororidad entre las mujeres. De hecho han sido conocimientos útiles en esa tarea que la sociedad y sus instituciones le han delegado a las mujeres del cuidado de la salud y que las mujeres han venido asumiendo (Federici, 2004; Iglesias, 2003).

En Colombia esta realidad sigue estando latente, aún hoy las mujeres deben asumir esa tarea, pues si bien han ingresado al mundo laboral, esto no ha hecho que la responsabilidad del cuidado

de la salud sea compartida con sus parejas y demás integrantes de la familia, al contrario, tienen que encontrar la manera de equilibrar su participación en la vida pública y laboral con los deberes del hogar (Soler, 2002). Lo anterior implica que estas deban tener conocimientos sobre el cuidado en salud, y si bien los conocimientos domésticos les han ayudado a resolver las problemáticas de salud cotidianas, se requiere también del conocimiento de la medicina occidental, sin embargo, este aún es patrimonio de quienes tienen acceso a una formación académica en esta área u otras afines. Además, la posibilidad de acceso a asesorías relacionadas con la biomedicina, como las consultas médicas, se ve truncada con el panorama actual del sistema de salud colombiano, a saber:

4.2.1. Contexto actual del sistema de salud colombiano

El actual sistema de salud Colombiano está regido por la ley 100 de 1993, la cual promulga la estimulación de la creación de diferentes Empresas Promotoras de Salud (EPS), que son entidades privadas encargadas de asegurar a la población. Las EPS actúan como mediadoras recaudando las cotizaciones de los usuarios y otros pagos como las cuotas moderadoras y copagos. Tienen el deber de garantizar el cumplimiento del Plan Obligatorio de Salud (POS), que es el conjunto de servicios de atención en salud, de Promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad, a los que tienen derecho todos los afiliados, incluyendo a su grupo familiar. Además deben contratar el POS con las diferentes Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud (IPS), que son las instituciones que prestan la atención en salud (Guerrero *et al*, 2011).

La afiliación al SGSSS es obligatoria y se realiza de acuerdo a la capacidad de pago de las personas; de este modo ingresan al régimen subsidiado o al régimen contributivo de salud, pero además hay ciertos grupos que gozan de otros regímenes como el régimen de excepción y el

especial. También existe una pequeña parte de la población que no se encuentra afiliada a ningún régimen, son los llamados vinculados o sin régimen¹.

Desde la implementación de la ley 100, el SGSSS, ha contado con numerosas críticas alrededor de su funcionamiento, y es que si bien, casi se ha logrado la universalización del aseguramiento, esto no es sinónimo de acceso a los servicios de salud.

Una de las críticas que se hace respecto a la universalidad del aseguramiento es que no ha habido a la par un mejoramiento en el acceso a los servicios de salud, ya que después de la implementación de la ley 100, el Estado, por medio del ministerio de salud y protección social, se ha encargado de incentivar las ganancias de las EPS, y no ha tenido mayor incidencia en el mejoramiento de la salud de los colombianos; por el contrario, ha estado en detrimento de una atención digna y de calidad, del quehacer médico, de la regulación estatal, de la investigación en salud, de las instituciones de salud y de los programas de salud pública (Vélez, 2016; Yepes 2010; Lerma, 2013).

Se afirma que el sistema no se preocupa por facilitar la atención de los pacientes, como lo argumentan Dover y Puerta (2008), “en el momento en que el usuario pide una cita, este hecho convoca a todas las instituciones, y en lugar de facilitarle los procesos y coordinarlos entre instituciones, le imponen barreras” (p.16). Pues tal como está planteado, el sistema se preocupa más por los costos y ganancias de las empresas, es decir, por la rentabilidad del negocio de las EPS que por la salud de los ciudadanos. Incluso se afirma que “el cambio de un sistema público a uno privado, no ha hecho que este sea más eficiente, como se pretendía, sino que lo único que ha cambiado es que no haya un “control social de los recursos” (Vélez, 2016, p.20).

¹ Consultado en www.minsalud.gov.co. Consultado por última vez el 14 de marzo de 2017.

De modo que a pesar de haberse alcanzado una cobertura casi total en el aseguramiento, esto no garantiza que las personas tengan una seguridad en salud en términos reales, pues la atención no se da de acuerdo a las necesidades de la población, sino de acuerdo a la capacidad de pago de los usuarios. Así mismo lo argumenta Yepes (2010) cuando afirma que en el sistema hay una “inequidad estructural en los paquetes de servicios, que ofrecen menos a quienes más necesitan” (p.120).

Ahora bien, las EPS son señaladas de un sinnúmero de casos de corrupción, además de la negación de servicios incluidos en el POS, como los relacionados con las deudas a las IPS, facturas ilícitas remitidas al Fosyga sobre la supuesta atención proporcionada a pacientes que en la vida real no se realizó, o de personas fallecidas, recobros por un mismo servicio, desviación y apropiación indebida de recursos, entre otros casos. Lo que según Useche (2014), sumió a el sistema de salud “en una crisis estructural innegable que se hizo visible en los medios de comunicación en primer lugar por la inmensa corrupción que rodea a las EPS, corruptela sin fin de la cual es un caso emblemático la EPS Saludcoop (p.6).

A todo lo anterior se le suma la reticencia de las EPS a realizar planes y estrategias de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad, por no generar rentabilidad económica inmediata. Además de la debilidad existente en la salud pública, pues a pesar de que haya una capacidad instalada debido a la formación de profesionales en el tema, se destinan pocos recursos en investigación e intervención. El sistema de salud tampoco reconoce el perfil epidemiológico de la población, lo cual redundo en que se realicen planes y programas que no responden a las problemáticas de salud de los ciudadanos. Y fuera de eso, se realizan escasos programas de Prevención y de Promoción de la Salud, y los que se hacen, no cuentan con la participación o colaboración de las comunidades (Vélez, 2016).

En consecuencia, puede verse que el funcionamiento del sistema de salud desde la presencia de intermediarios o EPS, más que contribuir al bienestar y la calidad de vida de los ciudadanos, ha estado en detrimento de esta, por ende, es innegable que se necesita una urgente transformación del sistema, que esté acorde a las necesidades en salud de los colombianos y que no solo luche por brindar el acceso a unos servicios (Lerma, 2013).

Para reivindicar el derecho a la salud, es necesario que haya una participación social en salud, o de manera más amplia que se fortalezca el ejercicio ciudadano, pues hasta ahora la participación social en salud es un concepto que se ha incluido en el SGSSS, pero que se ha quedado en un ejercicio limitado e individualizado, que no trasciende de un simple requisito (González *et al*, 2011).

Actualmente en Colombia, la ciudadanía que se ejerce es a partir de los mecanismos de participación que los autores, han denominado “participación adversarial” (Puerta; Agudelo, 2012, p.15), que se trata de los mecanismos de incidencia individual como la tutela o el derecho de petición, lo cual, se trata de una acción individual con el fin de acceder a alguna información o servicio en salud que puede ser suplida, pero que no necesariamente favorezca al común de la población, excepto en el caso de generar jurisprudencia y aportar al colectivo. Mientras que el resto de las posibilidades de ejercer las ciudadanía en salud desde el ámbito colectivo son insipientes, lo cual es uno de los impedimentos para que las personas y los colectivos puedan gestionar sus necesidades en salud.

A partir del panorama anterior, una de las conclusiones que podría realizarse es que para garantizar la participación social en salud y propender por la transformación del sistema, es necesario realizar procesos de información y formación sobre la co-responsabilidad sujetos/estado en el sistema de salud colombiano, en la cual se gestione la salud colectiva, como la propia; es

decir, fortalecer el autocuidado, los estilos y hábitos de vida saludables, de manera que esto pueda redundar en el mejoramiento de la salud colectiva.

Es así como en medio de la crisis en el sistema de salud y la carencia en la participación ciudadana, surge la “Comunicación para la salud” como una estrategia informativa sobre salud, que según Choque, puede ser definida cómo,

El proceso social, educativo y político que incrementa y promueve la conciencia pública sobre la salud, promueve estilos de vida saludables y la acción comunitaria a favor de la salud, brindando oportunidades y ofreciendo a la gente poder ejercer sus derechos y responsabilidades para formar ambientes, sistemas y políticas favorables a la salud y al bienestar (Choque, 2005, p. 8).

De modo que la televisión puede ser un medio propicio para emitir información sobre la salud, al ser un medio al cual el común de la población tiene acceso, además de ser un medio muy utilizado en Colombia. Como lo expresan Parra y Guadalupe (2004), “Los medios de comunicación, como ya se ha mencionado, son una herramienta en la educación y la promoción para la salud. La transmisión por televisión es particularmente potente, ya que llega a las personas más pobres y menos educadas” (p. 9).

Incluso la última encuesta realizada por el DANE en el país, demuestra como el consumo de televisión está por encima de los demás consumos de medios.

Consumo de televisión, radio y música grabada en la última semana (personas de 12 años y más)

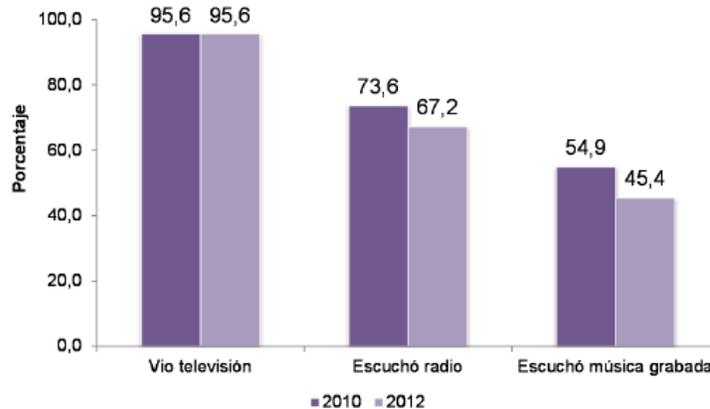


Figura 1: Consumo de televisión, radio y música grabada en última semana (personas de 12 años y más). Fuente:

Encuesta de consumo cultural años 2010 y 2012

Desde la antropología se ha demostrado como la televisión puede impactar y reconfigurar la cultura proveyendo un esquema de interpretación del mundo. Los contenidos son productos que no solo son creados por el ser humano, sino que al mismo tiempo crean imaginarios o representaciones en él, y modifican su percepción acerca de esas representaciones que tiene del mundo, creándose así un ciclo, donde luego esos nuevos imaginarios van a influir en la creación de nuevos productos. En palabras de Jhon B. “si “el hombre es un animal suspendido en tramas de significado que él mismo ha urdido” como Geertz remarcó en cierta ocasión, entonces los medios de comunicación constituyen las ruelas del mundo moderno y al utilizar estos media, los seres humanos se convierten en fabricantes de tramas de significado para consumo propio” (Thompson, 1997:26).

A la vez el televidente no puede ser concebido como un receptor pasivo de la televisión, donde ésta se concibe como la que tiene el poder y el receptor como quien recibe los contenidos tal como han sido emitidos,

La recepción televisiva no se limita al acto de codificación y descodificación del mensaje, es decir, no se circunscribe al momento efímero en el que el sujeto observa el texto, entendido éste como contenido audiovisual. Esta situación comunicativa debe tratarse como un proceso de interacción mucho más dilatado en el tiempo, en el que interviene el contexto de vida del televidente, sus conocimientos previos, sus patrones, sus repertorios, sus actitudes, sus opiniones y sus valores (Lazo, 2008. p. 36)

Entonces, la recepción es un proceso más dilatado en el tiempo, donde intervienen una serie de mediaciones, es decir, los esquemas y valores socioculturales, así como los individuales; o como lo propone Orozco “la mediación individual, la situacional, la institucional y la video tecnológica, (...) la mediación cognoscitiva (...) resultado derivado de es la estructura mental por medio de la cual es sujeto conoce” (1996, p. 84, 85).

Es necesario entonces, entender desde la antropología como “los diferentes textos culturales tienen diferentes significados en diferentes contextos” para así poder “desentrañar las estructuras de poder dentro de las cuales viven sus vidas los grupos subalternos y las maneras en las que la televisión es parte de eso, en hogares, en comunidades, en imaginaciones” (Abu-Lughod, 2006, p. 131).

Este estudio se delimita, por tanto, en el proceso de *Recepción televisiva en salud*, para entender cómo un mensaje televisivo y un programa televisivo con ciertos contenidos es recepcionado, entendido, reinterpretado y convertido en un discurso o en una práctica individual o colectiva. Un tema necesario de trabajar e innovador, pues desde el acumulado académico no se encuentran referencias significativas sobre el tema, es decir, se ha hablado más desde la recepción televisiva, que específicamente de la recepción televisiva en salud.

El interés va centrado en comprender la subjetividad del televidente, esto es, como el individuo reconstruye un pensamiento alrededor de una información y a partir de que lo reconstruye. Por eso es importante la visión etnográfica de la recepción y esto implica preguntarse por cuáles son los asuntos que intervienen en la ella, es decir, el tránsito que realizan los mensajes televisivos de salud, las mediaciones, apropiaciones y demás factores que inciden en la interacción con los programas. De modo que se logre visualizar las acciones realizadas con esos mensajes y la integración o no, en la cotidianidad. En este caso la investigación se focaliza en el caso de cinco mujeres, para quienes la salud es un tema prioritario en la gestión de la vida diaria.

De acuerdo con lo anterior, en este trabajo se intentarán resolver las siguientes preguntas:

¿Cuál es la relación histórica que se ha establecido entre las mujeres y la salud?, ¿Cuál es la relación que cotidianamente se establece entre las mujeres y la gestión de la salud? ¿Cuál es la relación que cotidianamente se establece entre las mujeres, la televisión y los programas televisivos en salud?, ¿Cómo aplican las modalidades de apropiación de los mensajes en salud, en el caso de las cinco mujeres?, ¿Cuáles son las mediaciones que intervienen en la forma como se interactúa con los medios?, ¿Cómo influye la televisión en salud en la gestión de la salud propia, familiar y colectiva de las mujeres?

En resumen se busca conocer:

¿Cómo se configuran la interacción entre las mujeres, la salud y la televisión y de qué manera esta relación incide en la gestión de la salud?

4.3. Objetivos

Objetivo general

Comprender la relación de las mujeres con la salud y la televisión, mediante un acercamiento etnográfico, con el fin de identificar las mediaciones y apropiaciones que configuran la recepción televisiva en salud y su influencia en la gestión de la salud propia, familiar y colectiva.

Objetivos específicos

- Explorar la relación histórica y actual de las mujeres y la salud, con el fin de caracterizar su noción de salud y las fuentes de donde esta proviene.
- Determinar las mediaciones y las apropiaciones que configuración la interacción de las mujeres con los contenidos televisivos en salud.
- Analizar la influencia de la Tv en salud, en la gestión de la salud individual, familiar y colectiva.

5. MARCO METODOLÓGICO

En este apartado se describe el conjunto de métodos, técnicas, fases, instrumentos y herramientas que han permitido dar respuestas a las preguntas y objetivos planteados en la presente investigación, así como la descripción del universo de estudio.

5.1 Tipo de estudio y el enfoque

Ésta investigación es de tipo explicativo; es decir, tiene como objetivo indagar sobre un tema poco abordado desde la antropología y las ciencias sociales en general como lo es la relación “Mujeres, salud y televisión: Etnografía de medios y audiencias en el contexto de la salud colombiana”. Además especifica las características y los perfiles importantes de las interlocutoras y estudia la relación o vínculo de las variables con el fin de dar explicación a las preguntas planteadas. Como lo argumentan Cortés e Iglesias (2004), “Los estudios explicativos van más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos, están dirigidos a responder a las causas de los eventos, sucesos y fenómenos físicos o sociales (...) son más estructuradas que las demás clases de estudios e implican los propósitos de ellas” (p.21).

5.2 El diseño de investigación

Como estrategia para responder las preguntas que se han formulado en este proyecto, se realizó una investigación no experimental, en la cual se observan fenómenos preexistentes y no se generan situaciones por parte del investigador. Esta investigación es transeccional, correlacional/causal, puesto que recolecta datos en un solo momento y describe la relación existente entre las variables subyacentes a la comprensión del fenómeno de la relación entre las mujeres, la salud y la televisión en salud (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

5.3 Las fases, los métodos, las técnicas y estrategias utilizadas para la recolección de información

Ésta investigación es cualitativa, pues busca un enfoque que pretenda “ofrecer profundidad detallada del objeto de estudio mediante una descripción densa y registro cuidadoso de los datos, con el fin de obtener una coherencia lógica durante el suceso de los hechos” (Cortes y Iglesias, 2004, p.34). La etnografía es el método a utilizado para el desarrollo de esta investigación por dos razones principales. En primer lugar, permite involucrar los sentidos del investigador para sumergirse en la cotidianidad del otro para comprender cómo este percibe y construye una realidad; en este sentido, la etnógrafa participa de la cotidianidad de las personas para “ver lo que pasa, escuchar lo que se dice, preguntando cosas; o sea recogiendo todo tipo de datos accesibles para para poder arrojar luz sobre los temas que él o ella han elegido estudiar” (Hammersley y Atkinson, 1994, p.15). La observación participante como técnica de investigación, permitió un mayor acercamiento a la población sujeto de estudio y describir las particularidades de los encuentros.

Los datos etnográficos se han analizado a partir de las perspectivas “emic” y “etic”, es decir, en un primer momento se observa, escucha, conversa y toma nota a cerca de los individuos insertos en una estructura y dinámica propia del contexto sociocultural, para luego reorganizar y procesar los datos a partir de la perspectiva etic, la perspectiva científica u “objetiva” (Aguirre, 1997). Esto permite realizar una descripción textual de la población sujeto de estudio, poniendo en relación los datos emergidos del campo y la teoría para favorecer nuevos descubrimientos (Guber, 2001).

Para este punto fue de gran importancia el diario de campo, el cual permitió registrar detalladamente todas las observaciones, ideas y experiencias que surgieron durante el proceso de la observación en campo, “El diario de campo debe permitirle al investigador un monitoreo permanente del proceso de investigación (...) Un buen diario de campo es un recurso insustituible

para captar la lógica subyacente a los datos y compenetrarse con la situación estudiada” (Toro y Parra, 2010. p. 344, 345).

En segundo lugar, la etnografía es entendida en este trabajo como “descripción densa”, definida por Geertz, como una interpretación que el investigador realiza a partir de varias interpretaciones (1973), debido a que la investigación analiza las interpretaciones que las interlocutoras realizan de los programas. Según la antropóloga Lila Abu-Lughod (2006), este tipo de etnografía es propicia para estudiar el fenómeno en cuestión debido a que en el encuentro con la televisión interviene la subjetividad humana y por ende el contexto sociocultural en el que el individuo se encuentra inmerso, en el cual tienen lugar diferentes discursos, relaciones de poder y significados que influyen en la manera de relacionarse e interpretar los contenidos televisivos. En este sentido, tiene lugar la afirmación de Abu-Lughod (2006) “La televisión hace patente el hecho de que diferentes textos culturales tienen diferentes significados en diferentes contextos” (p.131). De manera que por medio de la descripción densa, se intenta comprender la interacción de cinco mujeres con los programas televisivos en salud, a partir de una comprensión más profunda de sus historias de vida y más amplia, al no circunscribirse al momento efímero en que ellas ven televisión.

Además se trata de una etnografía multilocal, a la manera de Marcus (2001), puesto que no se ubica en un lugar específico, si no que analiza “la circulación de significados, objetos e identidades culturales en un tiempo-espacio difuso” (p.111). Dicho de otro modo, no se realiza una descripción densa de unos contenidos y unos sujetos situados espacialmente, debido a que los contenidos televisivos en salud no están realizados contextualmente al estar dirigidos a gran cantidad de destinatarios; además, las interlocutoras, no solo se realizan en un visionado de programas locales o regionales, sino también de canales nacionales e internacionales. Esto se debe a que desde la modernidad ha habido transformaciones institucionales emergidas de la preocupación por fabricar

bienes de consumo y por requerir una alta demanda de información (Giddens,1993), de modo que los medios como institución, se han encaminado hacia la creación y especialización de la comunicación de medios masivos tales como la televisión, que hacen posible la transformación instantánea y amplia de la información, que puede ser transmitida y recibida en cualquier lugar del globo (Thompson,1997). Esto sin desconocer aspectos específicos de la cultura de las interlocutoras, como seres culturalmente situadas, lo cual, como se verá en el último capítulo, influye en la manera como las interlocutoras ven televisión.

A partir del panorama anterior, se puede argumentar la toma de dos decisiones importantes para el proyecto, una, elegir para sus análisis, diferentes programas que las televidentes mencionaran como parte de su parrilla temática que, aunque dentro de los criterios de caracterización se encontraba la pregunta por el lugar desde donde se emitía, no fue una variable determinante a la hora de su elección; y dos, elegir cinco interlocutores que fueran televidentes de programas de salud, y que tuvieran características diversas, independiente de la palabra “lugar”. Como se describe a continuación.

5.3.1 El universo de estudio

El universo de estudio de esta investigación se divide en dos, por un lado se encuentran los programas televisivos en salud que se analizaron con las televidentes y, por otro, la población sujeto de estudio, que se trató de cinco mujeres con diferentes características, como se describirá más adelante.

2.3.1.1 Selección de la muestra de los programas televisivos en salud

La selección de los programas que se analizaron y posteriormente se vieron con las televidentes, se realizó en tres etapas, a saber: La primera en la cual se realizó un rastreo de los programas

televisivos en salud, locales, regionales, nacionales e internacionales y se seleccionó algunos de ellos a partir de un fichaje donde se detallara cuáles eran los que más contenidos en salud tenían.

La segunda en la cual se realizó grabación de algunos capítulos de esos programas fichados, etapa que duró desde el mes de noviembre del 2013 a enero del año 2014. Y la tercera en la cual se diseñó una nueva ficha para analizar el total de los programas grabados y elegir aquellos que se verían con las interlocutoras, de acuerdo a la variedad en los géneros y formatos de los programas de salud, a la diversidad de los canales y la inclusión tanto de los canales públicos como de privados.

De ese modo se eligieron cuatro programas con características muy diversas, “La sección de salud de la Doctora Fernanda” de las noticias Caracol y la sección de salud de las noticias RCN llamada “El ABC de la salud”, que hacen parte de canales nacionales y de carácter privado. También se seleccionó dos programas de canales regionales como Telemedellin, de carácter público y Televid de carácter privado. De Telemedellín se eligió “Medellín ciudad saludable” y de Televid “Los buenos años”.

Y a su vez se eligió un capítulo de cada programa a partir de los siguientes criterios: se trabaja una o más temáticas, el tipo lenguaje, se menciona o no el sistema de salud, se habla de enfermedad, se utilizan recursos didácticos, se trata de una temática de interés para los televidentes, el nivel de profundidad de las temáticas, los programas de interés público o privado, los temas colectivos e individuales y las temáticas que generan controversia. Estos capítulos se describirán a continuación:

Programa Los Buenos Años

El programa es presentado por Jorge Vélez con la ayuda de Georgy, un esqueleto humano, con el que entabla diálogos como si se tratara de una entidad real. Para este capítulo el tema del día es: la hernia del núcleo pulposo, una hernia en la columna. Se habla de las causas, manifestaciones, cómo se puede diagnosticar y posibles tratamientos. Comienza con la presentación de la sección “Acerca de...”. Que define en lenguaje técnico, la enfermedad. El video donde se trata de explicar de forma gráfica la temática. Al tiempo narran: “La hernia del disco pulposo es una enfermedad en la que parte del disco intervertebral o núcleo pulposo se desplaza hacia la raíz nerviosa, la presiona y produce lesiones neurológicas derivadas de esta lesión. Pueden ser contenidas, lo que indica una deformación también llamada protrusión discal o conrotura. La hernia provoca dolor en la zona lumbar. Duele por inflamación del periostio en las vértebras, las articulaciones, la duramadre, el anillo fibroso, el ligamento vertebrado longitudinal posterior y los músculos lumbares de la columna. Una hernia discal puede producir una serie de manifestaciones clínicas, entre las más frecuentes están el lumbago y la ciática”.

Posteriormente el presentador comienza a explicar con la ayuda de una pantalla, mientras el presentador va explicando cómo se produce la hernia, utilizando un lenguaje técnico, el esqueleto le va preguntando por el significado de dichas palabras, que son clarificadas a partir de sinónimos. En un momento, el esqueleto manifiesta que tiene una hernia, pero no siente dolor, y Jorge le contesta: “No siempre las hernias producen dolor, se llaman abombamientos o discopatías”, y ocurre cuando el núcleo, una vez se sale de su espacio (la hernia), “...no toca la médula o la raíz nerviosa”, razón por la cual muchas personas la pueden tener pero “asintomático, no produce dolor”. Jorge menciona que para detectar la hernia se realiza un examen llamado “placa radiológica”, la cual permite ver el espacio existente entre vértebra y vértebra con el fin de

determinar si dicho espacio es “normal” o está “disminuido”. Luego, menciona Jorge que esta enfermedad se puede diagnosticar con la historia clínica o con una prueba llamada Lasegue positiva, y finalmente explica el procedimiento para realizar el diagnóstico

Programa Medellín, ciudad saludable.

Medellín, ciudad saludable, es un magazine de salud patrocinado por la Secretaría de Salud de Medellín, El programa se proponía como un consultorio de salud accesible a la ciudadanía. Los presentadores son Fanisabel, una médica, y Felipe Aramburo, un periodista. En este capítulo se habla de “el acceso a los servicios de salud en Belén” al comenzar Felipe realiza una presentación general de los contenidos del mismo, se mencionan datos estadísticos acerca del número de personas afiliadas a los regímenes subsidiado, contributivo y especial, sin profundizar mucho en el tema.

Analizan por qué “las personas por alguna razón que es ajena al sistema de salud, por preferencias, por situaciones sociales, económicas no consultan en centros básicos, consultan más en la Unidad intermedia, como antes lo llamábamos, la Unidad hospitalaria y esto hace que muchas veces se colapsen los servicios y que esta demanda no pueda ser satisfecha”.

Luego hace aparición en el programa el invitado del día, se trata de Fabián Ibarra, funcionario público de la Secretaría de Salud, amplía el dato estadístico de que son 30.000 que están en el régimen subsidiado y deberían ser 40.000, indicando que esas 10.000 personas hoy están siendo atendidas solo por servicios de urgencias. El presentador realiza diversas preguntas a Fabián, entre ellas “¿Qué hacer para entrar al régimen subsidiado?”. Fabián explica como es el proceso de afiliación donde simplemente el cabeza de familia llena el formulario y se afilia él como su grupo familiar.

Además Fabián explica cómo son los mecanismos de atención en el régimen subsidiado desde Savia salud y los puntos de atención de Metrosalud.

Se abren espacios a las llamadas de los televidentes cuentan sus inquietudes y el invitado da respuesta a ellas, tratando siempre de mantenerse alineado con el tema del día. Finalmente se muestra un video que muestra cómo la personería implementa varias estrategias para disminuir las tutelas en salud: la formación y acompañamiento a los usuarios de los servicios de salud y ayudar mejorar la atención de los centros de salud.

Programa El ABC de la salud, noticias RCN.

En un primer momento se habla de tener mucho cuidado con la forma como usa el aceite de cocina, que se puede convertir en un producto tóxico para el organismo cuando se reusa. Mientras dan los mensajes aparecen imágenes con preparaciones que necesitan mucha cantidad de aceite.

Se da paso a una experta, comenta que no se debe comprar en tiendas o en establecimientos que se reenvasen y que cuando se utilice mezclar con el que le queda limpio. También habla de que puede reutilizarse pero teniendo especial cuidado que no perciba un mal olor o un color más oscuro. Nuevamente aparecen los audios que explican que cuando el aceite comienza a humearse está iniciando la combustión de la grasa, es decir que se está convirtiendo en un producto quemado, tóxico y cancerígeno. Finalmente, se reúsan las mismas imágenes del inicio: ollas y sartenes en los que se fritan, las empanadas y las papas criollas fritándose.

Programa Sección de salud de la Doctora Fernanda, noticias Caracol.

Aparece en pantalla la Doctora Fernanda, quien expresa: “Debemos empezar a desmontar mitos, navidad no es sinónimo de excesos, podemos comer buñuelos, natillas y demás, siempre y cuando recordemos la palabra clave: moderación, de lo contrario, el comienzo del año estará lleno

de lamentaciones por los kilos de más. Algunos consejos: coman despacio, masticar bien hace que se llene más rápido, evite picar, sirva en un plato lo que se va a comer y que este sea idealmente pequeño, llegue lleno a la novena o negocie con el desayuno y el almuerzo para poder darse un gustico en la noche”. Y finaliza con una afirmación “Sí se puede tener una novena saludable.

Se le da paso a un vídeo donde muestran imágenes de diferentes comidas típicas navideñas, cenas familiares, personas consumiendo los alimentos y otras haciendo ejercicio. Allí se retoma lo expuesto por la Doctora Fernanda y luego la información es ampliada por la nutricionista “Adriana Ruíz” dando consejos para tener una navidad saludable. Luego, aparecen personas que son abordadas en la calle por periodistas de Caracol, hablando acerca de sus malos hábitos alimenticios en diciembre y su conocimiento acerca de cómo sería una buena alimentación en diciembre. Concluye la voz: “Con estas medidas usted puede evitar el aumento de peso que según la nutricionista Adriana Ruíz, puede ser de hasta dos kilos por semana”.

2.3.1.2 Selección de la muestra de la población sujeto de estudio

En cuanto a la población sujeto de estudio, se eligió trabajar con mujeres, esta decisión se basó principalmente en que según productores y teóricos de la televisión, los programas televisivos en salud están dirigidos a las mujeres y específicamente a las “amas de casa”, debido a que “son las personas que más contenidos en salud demandan, especialmente por el rol que juegan en las familias de cuidadoras y replicadoras de los mensajes” (Agudelo, 2016, p.49). Los criterios de selección de la muestra fueron tres: que fueran cercanas a la investigadora, que fueran televidentes de programas de salud y que tuvieran características diversas.

El primer criterio se basa, por un lado, en que en la investigación doctoral “La televisión colombiana y su aporte a la construcción de ciudadanías en salud” (Agudelo, 2016), de la que este

proyecto hace parte, se realizó un proceso de búsqueda para identificar televidentes de los programas de salud. En esa búsqueda se decidió acudir a bases de datos de televidentes que llamaran a los programas, pero muchas de ellas decidieron no participar debido a la desconfianza que les producía encontrarse con alguien desconocido, o peor, dejar que entrara a sus casas, aún más cuando el acto de ver televisión es algo cada vez más privado; esto hizo pensar que sería más fácil contar con la participación de mujeres con las que se tuviese algún grado de cercanía.

Por otro lado, la cercanía permitió hacer un seguimiento más profundo de las historias de vida, hábitos, nociones, rituales, entre otros factores importantes para la investigación, además que “se pudo contrastar con la información que suministraron en las entrevistas, ganando en objetividad y veracidad” (Agudelo, 2016).

Y también fue de ayuda en el momento de concertar las citas, debido a que son mujeres con múltiples ocupaciones y la metodología del proyecto exigía que apartaran un tiempo de aproximadamente una hora y media durante cuatro días diferentes, y con un intervalo de tiempo de entre una y tres semanas, de acuerdo al tipo de entrevista. También era importante que siguieran en ese momento o hubieran seguido alguna vez, un programa televisivo de salud, con el objetivo de conocer por qué les gustaba este tipo de temática y qué tipo de relación habían construido con el programa.

Y finalmente, se buscó que estas personas tuvieran en lo posible, características diversas que permitiera realizar una comparación acerca de cómo cada una de acuerdo a sus especificidades, tales como edad, escolaridad, número de hijos o personas a cargo, estilos de vida y estrato, interactuaba con el programa y cuáles eran aquellos factores que tenían más peso a la hora de comprender, recordar y apropiar los mensajes televisivos en salud.

En este trabajo la muestra poblacional se confina a cinco mujeres debido a que la aplicación de la metodología exigía una mayor profundidad y de realizarse con un número mayor de personas no hubiese concordado con los tiempos para ejecutar la investigación, así pues, se buscó hacerle más fuerza a la profundidad que a la representatividad en la muestra (Agudelo, 2016).

5.3.2 Fases del trabajo de campo

Al seleccionar la población sujeto de estudio, se realizó con ellas un proceso de cuatro fases, caracterizado por la aplicación de entrevistas semiestructuradas como “una narración conversacional, creada conjuntamente por el entrevistador y el entrevistado (...) principalmente enunciado por el entrevistado, pero que comprende también las intervenciones del investigador (Toro y Parra, 2010, p. 356). Para las cuáles se realizaron guiones temáticos previos que recogieran los objetivos de la investigación, pero sin establecer un orden riguroso entre las preguntas. Estas entrevistas fueron registradas en una grabadora periodística, con previo consentimiento de las interlocutoras, además se les brindó información sobre el proyecto para que hubiese claridad frente a las consideraciones éticas y las implicaciones de la participación; esto con la intención de generar un vínculo de confianza con los interlocutores. A continuación se describen las tres fases del trabajo de campo:

2.3.2.1 Primera fase: Historias de vida

En esta fase se realizó una “Historia de vida televisiva”, que se trata de un “relato autobiográfico, obtenido por el investigador mediante entrevistas sucesivas en las que el objetivo es mostrar el testimonio subjetivo de una persona en la que se recojan tanto los acontecimientos como las valoraciones que dicha persona hace de su propia existencia” (Pujadas, 1992, p. 47).

En estas historias se indagó por las características personales, la relación con la salud y con el sistema de salud, y las nociones salud; así como sus antecedentes como televidentes y su relación actual con la televisión y los programas de salud. Esto fue central en la medida en que permitió caracterizar a las interlocutoras y conocer su relación con los programas de salud, lo cual ya daba luces acerca de los factores que influían en la manera de apropiarse el mensaje.

2.3.2.2 Segunda fase: Entrevistas antes y después de ver el programa:

En esta fase se realizó dos encuentros, uno por semana y en cada encuentro se realizaba el visionado de los programas. Se caracterizó por tres momentos, el primero en el que se indagaba a las interlocutoras acerca del conocimiento previo que tenían sobre los programas que se iban a ver; el segundo donde se realizaba el visionado de los dos programas de salud y se tomaba nota acerca de los comportamientos y expresiones de la televidente mientras veía el programa; y el tercero donde se volvía a preguntar por los mismos conceptos del primer momento, para diferenciar entre conocimientos previos y adquiridos luego de ver el programa. Además se indagaba acerca de sus percepciones generales acerca de los programas vistos.

2.3.2.3 Tercera fase: Recordación y apropiación de los mensajes del programa

En esta fase se indaga sobre la recordación de los programas en general y de temáticas específicas de los programas. Además se conversó acerca de aspectos como interés en la temática del programa, nivel de comprensión de los contenidos, generación de un hábito o comportamiento nuevo, recordación, complementariedad o aumento de conocimiento y ampliación de la información en otros medios o personas. Cada uno de estos elementos constituye lo que ha sido llamado por Agudelo (2016), las “modalidades de apropiación”, concepto que será ampliado más

adelante. Esta fase ha sido muy importante en la medida que permitía establecer las mediaciones, factores de recordación y modalidades de apropiación de los contenidos.

5.4 El tratamiento o procesamiento de la información y redacción del informe final.

Como estrategia para organizar la información se utilizaron herramientas digitales como el Google Drive. Se realizó una permanente revisión bibliográfica, complementando la bibliografía de base y sistematizando los textos en fichas de análisis de la literatura; volver a las lecturas ha permitido establecer un dialogo constante entre datos emergidos en campo y teoría permitiendo analizar los datos, reformular preguntas y precisar conceptos (Jocelyn, 2009).

En cuanto a la sistematización de las entrevistas, se realizó una transcripción selectiva, de acuerdo a los objetivos del proyecto; se diseñaron unas fichas de análisis de la información, que contuviera los datos personales de las interlocutoras, además de las categorías de análisis, las emergentes y las observaciones de diferentes autores y también de la investigadora; esto en pro de poder realizar un análisis de la información desde el momento de la transcripción. De este modo, el análisis de la información se realizó a partir del encuadre entre la teoría, el trabajo de campo y las observaciones y anotaciones construidas en campo.

Terminado el trabajo de campo, y una vez concluidos todos los aspectos de la ejecución del trabajo de grado, se elaboró este informe final como producto de la investigación realizada, que da cuenta de todo el proceso realizado.

2.5 Consideraciones éticas:

Esta tesis es un estudio no-médico/o de laboratorio y la única intervención que se tuvo con personas y comunidades fue durante la aplicación de las técnicas cualitativas: entrevistas,

observación y toma de algunas fotografías. Se siguieron los lineamientos éticos de la Asociación Americana de Antropología en su Código de Ética aprobado en Febrero de 2009.

En términos generales, se siguieron los siguientes principios éticos: inocuidad de la observación y optimización del beneficio para las participantes en el estudio. Las mujeres fueron informadas sobre los objetivos del estudio, el carácter voluntario de su participación y su derecho a rehusarse a participar o retirarse del mismo, decisión que fue aceptada y respetada. Ninguna información suministrada por ellas fue utilizada en contra de su voluntad o sin su autorización. No se expuso a las interlocutoras a situaciones que atentaran contra su honor, su intimidad, su integridad o sus valores. Los resultados de la tesis no fueron utilizados para discriminar, señalar o menoscabar a las personas o a los investigadores. Si bien el código de ética habla de proteger el anonimato y el derecho a la intimidad de todos los participantes, ellas autorizaron usar sus nombres y datos personales en el desarrollo de la escritura.

6. RESULTADOS Y DISCUSIONES

6.1. Capítulo 1: Relación de las mujeres con la salud individual y colectiva: un breve contexto histórico

El objetivo de este capítulo es, en primer lugar, demostrar como esa relación de las mujeres con la salud no se puede concebir como un fenómeno actual ni una relación natural, es más bien el resultado de un largo proceso en el cual han influido cuestiones políticas, económicas y religiosas, que no solo han atravesado a las mujeres en cuestiones culturales como lo laboral, académico y familiar, sino también en lo personal; escudriñando y ubicando su cuerpo, sus pensamientos y vidas en una situación de disputa respecto a ellas mismas y a la interacción con la sociedad y las instituciones que la componen. Y en segundo lugar, el capítulo indaga cómo el ámbito doméstico las ha motivado a informarse sobre salud y les ha permitido a las mujeres desarrollar un vasto conocimiento sobre el tema, que han almacenado y reproducido por generaciones.

Este análisis estará centrado principalmente en tres frentes, en primer lugar, la percepción y relacionamiento de las mujeres con sus cuerpos; en segundo, el cuidado de la salud, la invisibilización de los saberes populares de las mujeres a lo largo de la historia y la supremacía concedida al conocimiento médico científico que terminó por expropiarlas y privarlas del conocimiento y práctica médica; y en tercer lugar, la limitación de las mujeres al ámbito doméstico, así como a otro tipo de trabajos de segunda categoría en cada uno de los sistemas político económicos imperantes en la historia de la humanidad. Estos temas serán trabajados de manera transversal en el recorrido histórico, lo cual nos permitirá tener una mejor lectura de la realidad explorada, es decir, los casos de las interlocutoras estudiados en este trabajo.

Pero antes de comenzar a desarrollar las ideas mencionadas, es necesario hacer una anotación. Si bien estos procesos dados en la relación mujer salud han sido pensados e intencionados desde las clases dirigentes de cada época, las clases medias y bajas también lo asumieron y dinamizaron, incluyendo a las mujeres. Entonces se trata de un proceso hegemónico, que a la vez contó con el consenso entre las diferentes poblaciones que componen la sociedad. Según Williams, “Se considera que su influjo [el de la hegemonía] depende no solo del hecho de que exprese los intereses de una clase dominante sino también de que sea aceptado como “realidad normal o sentido común” por quienes en la práctica se subordinan a ella” (2003, p.160).

Es por eso que en este apartado se realizará un contexto histórico principalmente a partir de los trabajos de las historiadoras Silvia Federici (2004) y Pilar Iglesias (2003), acerca de la relación de las mujeres con la salud, comenzando desde la antigüedad, pasando por la edad media, la transición al capitalismo, la conformación del sistema capitalista como tal, para llegar finalmente a la época actual.

6.1.1. Mujeres y salud en la antigüedad

Para comenzar es importante ubicarse temporalmente en la antigüedad y espacialmente en Dinamarca y en el mediterráneo, es decir, Mesopotamia, Egipto, Grecia y Roma, donde, según Iglesias (2003), existen diferentes evidencias de la relación que las mujeres han tenido con la salud como sanadoras. En Mesopotamia, registros arqueológicos demuestran la manera en la que en el segundo milenio A.C, los sumerios representaban en tablillas a la diosa Inanna o Ishtar, que simbolizaba “el amor, la salud y el nacimiento” (p.164).

En Dinamarca en el año 1.200 A.C, sus pobladores representaron a la diosa Nerthus, que contaba con similitudes con la diosa sumeria y era representada con dos serpientes, “las serpientes

entrelazadas que aún hoy son símbolos de la salud” (Iglesias, 2003, p.165). Posteriormente en el año 500 A.C., “las mujeres asumieron las funciones de adivinación y curación” (p.165).

En Egipto existía un gran número de diosas como Isis, Nefitis, Neith, Sekhmet, Bes, Hathor, Ubastet y Mesknenet, quienes cumplían diferentes roles alrededor del cuidado de la salud. Además, las mujeres podían ejercer la medicina, ya fuera lo que ahora se conoce como médicas, enfermeras o comadronas: “Las reinas egipcias solían poseer conocimientos de medicina y en las distintas épocas hubo mujeres doctoras y cuidadoras libres y esclavas que se encargaron de la atención a los enfermos y la preparación de medicinas” (Iglesias, 2003, p.166). Las mujeres hebreas también ejercían la medicina como médicas y comadronas, combinando conocimiento de la medicina fenicia, egipcia y siria (Iglesias, 2003)

En Grecia aparecen más referencias sobre gran número de deidades femeninas que se encargaban de cuidar mujeres y niños en temas como el embarazo, el parto, enfermedades de la piel, fiebre, ceguera, etc. Y de algunas mujeres como Agamedea, Agnodike, Antioquia de Tlos, que manejaban plantas curativas y aplicaban conocimientos médicos (Iglesias, 2003).

En Roma, también aparecen diversas fuentes acerca de diosas que curaban la salud y de mujeres que usaban plantas para curar, diagnosticaban y curaban enfermedades por diferentes métodos, atendían partos y ayudaban a los doctores, provocaban abortos y esterilidad, número que aumentó en los registros a partir del primer siglo D.C:

Plinio el viejo (...) en su historia natural, hace referencia a mujeres que practicaban la medicina en el siglo I A.C, mencionando 327 autoras griegas y 46 romanas (...) En el siglo II Galeno menciona diversas mujeres sanadoras y sus remedios (...) Aecio, escritor de Mesopotamia en el siglo VI d.c, en su enciclopedia Tetrabiblion (...) basado fundamentalmente en los escritos de

Aspasia y Cleopatra, fue el principal texto utilizado por las mujeres doctoras hasta la aparición de las obras de Trótula de Salerno en el siglo XI (Iglesias, 2003, p.171 – 173).

Así como en los primeros siglos del cristianismo, del IV al VI, se escribieron historias sobre mujeres dedicadas al cuidado de la salud, como Kabiola, Santa Nicerata, Macrina, Olimpia, Aretusa, Leoparda, Salvina, Victoria, Santa Mónica, Escolástica, la emperatriz Teodora, Clotilde de Burgundia, entre otras, que se encargaban de atender a los enfermos y atender los partos, como una caridad proveniente del cristianismo. En estos siglos contratar a una mujer para cuidar o atender la salud de las personas era más barato que contratar a un médico para que lo hiciera (Iglesias, 2003).

La antigüedad clásica tuvo como base para la formación de las grandes ciudades e imperios, la producción esclavista, principalmente como agricultores, constructores y artesanos. Esto fue en últimas lo que potenció el logro de tales desarrollos, pero que al mismo produjo su debilitamiento. En este contexto, los cuerpos de los y las esclavas, se convertían en propiedad e intercambio, y las mujeres esclavas eran persuadidas y obligadas a tener más hijos para reproducir la fuerza de trabajo (Anderson, 1974).

6.1.2. Mujeres y salud: Edad media

En la Edad Media las mujeres siguen apareciendo en la historia del cuidado de la salud. El feudalismo, sistema que se ubica entre los siglos IX al XV de la edad media, y que se caracterizaba por tener una organización social dividida en clases, así: las clases privilegiadas conformadas por el soberano o señor feudal, el alto clero, la alta nobleza, el bajo clero, la baja nobleza; y las clases no privilegiadas como los campesinos y siervos (Educatina, 2011). Esta época se caracteriza por dejar atrás el esclavismo y comenzar la etapa del servilismo, que se trata de una nueva organización

social, donde a los “siervos” se les confirió el mismo status que al campesino, por tanto, ambos tuvieron acceso a la tierra y a cambio, servían y trabajaban para los terratenientes. Además, podían trabajar las partes cedidas por el terrateniente para mantener a sus hijos (Federici, 2004).

De modo que aún se servía a los dueños de las tierras, pero con condiciones de trabajo más amables que en el esclavismo, incluso los campesinos comienzan a sentir esas tierras como propias bajo la consigna “La tierra es de quienes la trabajan” (Federici, 2004, p.38), por lo cual el feudalismo estuvo muy marcado por las luchas en contra de lo que se consideraban inequidades y restricciones en sus campos. En el caso de las mujeres, ellas podían trabajar la tierra y utilizar los frutos de su trabajo, esto les permitió tener un acercamiento al cultivo y a la utilización de plantas para el tratamiento de enfermedades. La división sexual del trabajo era menos radical de lo que llegó a ser en el capitalismo, aparecieron “espacios comunes” como “praderas, bosques, lagos y pastos” donde se comenzó a gestar la vida comunitaria: cohesión, cooperación, solidaridad y bienes comunes como fundamento de las relaciones sociales” (p. 39).

Que se gestara una vida comunitaria, no es sinónimo de que había igualdad entre las personas, pues había muchas diferencias sociales entre quienes eran libres, quienes servían, los que más acceso a bienes materiales tenían y los que menos, además de la diferencia entre las mujeres y los hombres. Para la autora, estas seguían teniendo un “estatus de segunda clase” (Federici, 2004, p. 39) al no ser propietarias de las tierras y no ocupar cargos importantes. Sin embargo, pese a la diferencia existente, las mujeres tenían más independencia de los hombres para subsistir, pues ellas podían cultivar la tierra y utilizar lo producido para su existencia.

Las labores femeninas pertenecían tanto al ámbito público como al privado. En lo público cultivaban y cosechaban los productos, en lo privado, se encargaban de todo el cuidado doméstico y la crianza de los niños, labores que ya venían siendo atribuidas a las mujeres desde la religión

católica, “en el hogar, la mujer cuidaba a los enfermos de sus familias, por tanto, gran parte del cuidado de los enfermos venía dispensado por las mujeres dentro del propio ámbito doméstico”. (Iglesias, 2003, p.175).

En este contexto todas las labores realizadas tanto por hombres como por mujeres eran consideradas fundamentales para el sostenimiento del hogar. Además, las mujeres no estaban excluidas de la vida colectiva y las actividades se podían realizar en conjunto con otras, lo cual les permitía, además de gestar esa vida comunitaria, tener un mayor poder, lo cual impedía a los hombres ejercer un mayor control sobre las mujeres. Como lo expresa la autora

Si tenemos también en consideración que en la sociedad medieval las relaciones colectivas prevalecían sobre las familiares, y que la mayoría de las tareas realizadas por las siervas (lavar, hilar, cosechar y cuidar los animales en los campos comunes) eran realizadas en cooperación con otras mujeres, nos damos cuenta de que la división sexual del trabajo, lejos de ser una fuente de aislamiento, constituía una fuente de poder y de protección para las mujeres. Era la base de una intensa sociabilidad y solidaridad femenina que permitía a las mujeres plantarse en firme ante los hombres, a pesar de que la Iglesia predicase sumisión y la Ley Canónica santificara el derecho del marido a golpear a su esposa (Federici, 2004, p.41).

La relación que las mujeres mantenían con la tierra permitió afianzar conocimientos heredados y aprender más sobre las propiedades de las plantas, esto, sumado al conocimiento que tenían sobre su cuerpo, permitió saber la función de las plantas en el organismo para prevenir o aliviar las enfermedades y, además, para evitar la concepción y provocar el aborto.

Todo ese conocimiento se extendió por muchos lugares gracias a esa cercanía que había entre las mujeres, tanto que atendían en centros de salud y suministraban atención a otras personas que lo necesitaran; además, la figura de “comadrona” era muy reconocida en la época “en las

enfermerías de los conventos, las religiosas dispensaban cuidados, administraban hierbas curativas y realizaban sangrías. En los hospitales atendían a pobres y enfermos. Y también eran mujeres quienes atendían a otras mujeres en el momento del parto (...) tuvieron el monopolio de la atención al parto hasta bien entrado el siglo XVII” (Iglesias, 2003. p.175-176).

Esta época feudal se caracterizó por diversos movimientos y luchas campesinas que buscaban mejores condiciones de trabajo y más derechos tanto económicos como jurídicos. Por lo que se realizó una “concesión de privilegios y de fueros”, donde se fijó que ya no se intercambiaban la posibilidad de vivir y trabajar en las tierras con el trabajo servil, sino que se debía pagar con dinero. Lo cual generó muchas problemáticas en la época porque ahora los campesinos debían pagar la renta de sus viviendas, esto condujo a la adquisición de gran cantidad de deudas a los campesinos, “el dinero y el mercado comenzaron a dividir al campesinado al transformar las diferencias de ingresos en diferencias de clase y al producir una masa de pobres que sólo podían sobrevivir gracias a donaciones periódicas” (Federici, 2004, p.48). Esto afectó a las mujeres en general, pues cada vez era más difícil ganar dinero, pagar por una tierra para vivir y trabajar, y se perdieron las tierras que antes habían conseguido, por lo cual fueron perdiendo esa relación con la tierra y la independencia de sus esposos, con la que contaban anteriormente.

Los campesinos y campesinas buscaron “preservar su excedente de trabajo y sus productos, al tiempo que ensanchaban la esfera de sus derechos económicos y jurídicos” (Federici, 2004, p.42). Además, hacían resistencia a las imposiciones como la guerra, los impuestos y otras injusticias laborales; motivo por el cual comenzó a ser común la huida del campo a buscar otras oportunidades laborales en la ciudad.

En la ciudad, las mujeres podían acceder a nuevas oportunidades de trabajo, aunque muy mal pagos: “aquí, la mayoría vivía en condiciones de pobreza, haciendo trabajos mal pagados como

sirvientas, vendedoras ambulantes, comerciantes (con frecuencia multadas por no tener licencia), hilanderas, miembros de los gremios menores y prostitutas” (Federici, 2004, p.49) Sin embargo, aún podían conservar y aumentar la autonomía respecto al gremio masculino:

A medida que las mujeres ganaron más autonomía, su presencia en la vida social comenzó a ser más constante: en los sermones de los curas que regañaban su indisciplina (Casagrande, 1978); en los archivos de los tribunales donde iban a denunciar a quienes abusaban de ellas (S. Cohn, 1981); en las ordenanzas de las ciudades que regulaban la prostitución (Henriques, 1966) y, sobre todo, en los movimientos populares, especialmente en el de los heréticos (Federici, 2004, p.50).

Otro de los oficios que las mujeres realizaban formal e informalmente fue la medicina, pues el Estado les concedió ciertos permisos para que pudieran atender a los enfermos pobres. Incluso en el periodo comprendido entre el S.XII al XV, aparecen referencias de un gran número de médicas: “ciento veintiuna mujeres practicantes de la medicina (...) comadronas (...) barberas, cirujanas, médicas con formación o curanderas empíricas” (Iglesias, 2003, p.185). En el siglo XIII, se abrieron facultades de medicina en algunas universidades de Europa, como Inglaterra y Francia, a este tipo de formación profesional pudieron ingresar, en primera medida, los hombres de las clases altas, no obstante en las sedes francesas, pudieron ingresar algunas mujeres con la condición de ser solteras y sin hijos.

Como se mencionó anteriormente, algunas mujeres eran señaladas como herejes, y en realidad varias de ellas hacían parte de estos movimientos. La herejía, en esta época, era considerada como la estrategia que la población usó para hacer frente a las problemáticas del feudalismo, en estos movimientos las mujeres también estuvieron presentes, y uno de sus aportes fue la manera de ayudar al control del crecimiento poblacional en el medio evo, utilizando medicina tradicional para provocar la esterilidad y el aborto: “a los anticonceptivos se les llamaba “pociones para la

esterilidad” o maleficia y se suponía que las mujeres eran quienes los usaban” (Federici, 2004, p.66).

Los anteriores comportamientos fueron señalados por la iglesia católica como crímenes y, en consecuencia, fueron perseguidos y castigados, además de la iglesia, por el Estado. El fin era erradicar el poder que las mujeres tenían respecto al control tanto de la sexualidad como de la natalidad, al considerarse no solo como herejía, sino también como “una amenaza a la estabilidad económica y social” (Federici, 2004, p.67), lo que vendría a ser aún más drástico con la crisis del siglo XIV. Sobre este tema se hablará en el siguiente apartado.

6.1.3. Mujeres y salud en la crisis poblacional del siglo XIV

En el siglo XIV se presentó una gran crisis poblacional debido a diversas circunstancias: una crisis climática que dio como resultado la escasez de alimentos (suceso recordado como “La Gran hambruna”), el aumento de las organizaciones herejes, la migración masiva a las ciudades, los conflictos militares como la guerra de los cien años, la ortodoxia religiosa, el cisma de occidente que dividió a todos los cristianos y la crisis demográfica producto de plagas y epidemias como la peste negra o bubónica (1346 – 1353 D.C), que diezmó a la población europea (Furió, 2012).

A partir de esto, se instauró más severamente la persecución y judicialización de las mujeres. Se implementaron leyes en contra del celibato y la iglesia persuadió a las parejas para que se casaran: “se le dio una nueva importancia a la familia como institución clave que aseguraba la transmisión de la propiedad y la reproducción de la fuerza de trabajo” (Federici, 2004, p.135). Todo esto con el fin de que las mujeres no tuvieran control sobre su reproducción y la población pudiera crecer. Más aún, después de la peste negra, periodo en el que millones de personas morían

a diario, se necesitaba que las mujeres procrearan la mayor cantidad de hijos posibles sin importar las condiciones económicas.

Pero esa no fue la única consecuencia, pues las personas, en vista de que podían perder sus vidas fácilmente, abandonaron sus trabajos y comenzaron a vivir sus vidas sin pensar en el mañana, motivo por el cual se comenzó a dar ciertos “privilegios” a los trabajadores para que regresaran a sus trabajos, incluso los salarios entre hombres y mujeres volvieron a ser más equitativos. No obstante, esto tuvo unos impactos negativos para la población femenina, pues entre esos privilegios que se les daba a los trabajadores era el acceso libre, y sin condenas, al cuerpo femenino, lo que ocasionó que las violaciones y agresiones a las mujeres se naturalizaran y que los hombres progresivamente se insensibilizaran frente a la población femenina. Además la prostitución fue la manera de doblegar al sexo masculino para que no se revelara contra la iglesia y el Estado, que no realizaran juntas herejes, es decir, que no se organizaran y que no practicaran la homosexualidad. Siguiendo a Federici (2004):

Para estas mujeres proletarias, tan arrogantemente sacrificadas por amos y siervos, el precio a pagar fue incalculable. Una vez violadas, no les era fácil recuperar su lugar en la sociedad. Con su reputación destruida, tenían que abandonar la ciudad o dedicarse a la prostitución (ibidem; Ruggiero, 1985: 99). Pero no eran las únicas que sufrían. La legalización de la violación creó un clima intensamente misógino que degradó a todas las mujeres cualquiera que fuera su clase. También insensibilizó a la población frente a la violencia contra las mujeres, preparando el terreno para la caza de brujas que comenzaría en ese mismo periodo (p.79).

Fue así como los primeros casos de juicios por brujería se registraron a finales del siglo XVI, en el cual se registró el asesinato de un grupo de mujeres, que fueron señaladas como adoradoras

del demonio (Federici, 2004). Fue así como la práctica de cazar brujas por parte de la iglesia y con apoyo del Estado, comenzó a ser más común en la transición del feudalismo al capitalismo, de lo cual se hablará en el siguiente apartado.

6.1.4. Mujeres y salud: Transición al capitalismo

Entre el siglo XIV y XVIII de la baja edad media y la edad moderna, se dio lo que se ha denominado “la transición al capitalismo”, que se caracterizó por tres sucesos. El primero, la unificación de la iglesia, la nobleza y la burguesía para aplastar todas las luchas campesinas y urbanas y los logros que estos grupos habían conseguido, cediéndole nuevamente el poder a la nobleza, de tal modo que se sometieron a su mandato (por supuesto sin perder los privilegios), para que se instituyera nuevamente el estado absolutista; el segundo, la colonización del “nuevo mundo”; y el tercero, la caza de brujas (Federici, 2004).

El montaje de este nuevo sistema, requería no darle continuidad a la economía feudal, pues “la autosuficiencia y el nuevo régimen de salarios elevados permitían la “riqueza popular”, pero “excluían la riqueza capitalista” (Federici, 2004, p.87). Para eso se realizó una serie de bloqueos, de manera que a los pobladores les fuera más difícil acceder a los medios de subsistencia que antes tenían.

Una de las estrategias fue la privatización de la tierra, lo que afectó materialmente a toda la población y más aún a las mujeres, puesto que para estas era mucho más complicado el trabajo como migrantes o en las calles, “una vida nómada las exponía a la violencia masculina, especialmente en un momento en el que la misoginia estaba en aumento. Las mujeres también eran menos móviles debido a los embarazos y el cuidado de los niños” (Federici, 2004, p.110). Hecho que no solo las afectó materialmente, sino socialmente, pues “se puede decir que los campos

comunes también fueron para las mujeres el centro de la vida social, el lugar donde se reunían, intercambiaban noticias, recibían consejos y donde se podían formar un punto de vista propio, autónomo de la perspectiva masculina, sobre la marcha comunal (Clark, 1968, p. 51. Citado por Federici, 2004, p. 106).

Todas estas estrategias dieron como resultado el sometimiento de las mujeres y limitación al trabajo de la reproducción y el cuidado del hogar. Este trabajo según Silvia Federici (2004), fue progresivamente “confundiéndose con una vocación natural y designándose como “trabajo de mujeres”. Además, se les excluyó de muchas ocupaciones asalariadas, y en el caso en que trabajaran por una paga, ganaban una miseria en comparación con el salario masculino medio” (Federici, 2004, p.112). El rol doméstico y reproductivo sería lo que posteriormente en el siglo XIX se conocería como “ama de casa”, es decir, mujeres que no podían acceder a los bienes para sobrevivir, y por lo tanto dependían de sus esposos: “A partir de ahora sus úteros se transformaron en territorio político, controlados por los hombres y el Estado: la procreación fue directamente puesta al servicio de la acumulación capitalista” (p.139).

La suma de procesos que confinaron a la mujer al trabajo doméstico fue lento y progresivo. Uno de ellos fue el excluirlas de los demás gremios de trabajo, sobre todo de los posibles empleos que pudiesen haber en la ciudad, así como del salario. Solo tuvieron la posibilidad de acceder a trabajos malos pagos como “sirvientas domésticas (la ocupación de un tercio de la mano de obra femenina), peones rurales, hilanderas, tejedoras, bordadoras, vendedoras ambulantes o amas de crianza” (Federici, 2004, p.143). Mientras se difundía entre la población la idea de que los trabajos tanto dentro como fuera de casa no eran realmente trabajos sino “tareas domésticas”, y se consideraba que estos no eran productivos en comparación con los que realizaban los hombres, se convertía solo en un apoyo para que ellos pudieran tener un trabajo formal.

Es así como el cuerpo de la mujer se convierte en un cuerpo colectivo, es decir, en un cuerpo que se pone a disposición para los demás miembros de la familia para realizar todas las labores y cuidados domésticos sin horarios, sin pago, sin privilegios. Lo que repercute en algo que Federici (2004) ha llamado la “feminización de la pobreza”, donde las mujeres fuera de ir perdiendo poco a poco sus bienes y herencias, se les dificultó cada vez más radicalmente el acceso al dinero y, en general, a los bienes materiales. Esto hizo que ellas tuvieran que depender de los hombres para sobrevivir.

Otro de los procesos acontecidos, fue la instauración oficial de la existencia de la brujería a finales del siglo XV por parte de la iglesia católica en consenso con el Estado, pues antes de la promulgación de la bula papal y el “Malleus Maleficarum” o “martillo de brujas”, la iglesia negaba la existencia de la brujería, no obstante, se judicializaban mujeres y hombres herejes, hechiceros, adivinadores, etc. Este proceso de oficialización incrementó la caza de brujas y la invención de nuevas tecnologías y técnicas de tortura, lo cual produjo grandes impactos en la reafirmación de la misoginia y la degradación del cuerpo femenino, pues al extinguir el “mundo de las brujas”, una de las problemáticas presentadas fue la pérdida del conocimiento médico y, por consiguiente, del poder que estas ejercían en el manejo de sus cuerpos y su reproducción, particularmente en la anticoncepción y el aborto. Y, por otro lado, la devaluación del trabajo, que además redujo su posibilidad de participación en la vida colectiva o pública, confinándola al mundo de lo privado, de lo individual, y la imposibilidad de toma de decisiones en ambos ámbitos:

Se construyeron nuevos cánones culturales que maximizaban las diferencias entre las mujeres y los hombres, creando prototipos más femeninos y más masculinos (Fortunati, 1984). Por otra parte, se estableció que las mujeres eran inherentemente inferiores a los hombres —excesivamente emocionales

y lujuriosas, incapaces de manejarse por sí mismas— y tenían que ser puestas bajo control masculino (Federici, 2004. p.154).

Para este periodo, ya había un perfil bastante definido y amplio que establecía quiénes debían ser acusadas por brujería. Eran sospechosas las mujeres tenían una vasta gama de conocimientos heredados y aprendidos acerca de plantas y otros tratamientos curativos que no solo usaban ellas, sino que compartían con otras personas de la comunidad. Lo cual fue señalado por la iglesia, y posteriormente por sus feligreses, como magia oscura. Todo ese conocimiento les daba a las mujeres el poder de decidir sobre la cura o enfermedad de ellas mismas y las personas, hasta la vida misma. Poder que también se utilizaba para el control de la reproducción, por ejemplo, plantas o productivos anticonceptivos o abortivos:

Con la persecución de la curandera de pueblo, se expropió a las mujeres de un patrimonio de saber empírico, en relación con las hierbas y los remedios curativos, que habían acumulado y transmitido de generación en generación, una pérdida que allanó el camino para una nueva forma de cercamiento: el ascenso de la medicina profesional que, a pesar de sus pretensiones curativas, erigió una muralla de conocimiento científico indisputable, inasequible y extraño para las “clases bajas” (Ehrenreich e English, 1973; Starhawk, 1997. Citado en Federici, 2004. p.278).

Gran cantidad de mujeres se oponía fervientemente a las injusticias que iban surgiendo del montaje del sistema capitalista, por lo que se unían a organizaciones colectivas, donde hacían resistencia a las propuestas e imposiciones de este sistema. Además se encargaban de la difusión de ideas anticapitalistas. En un principio muchas de estas acciones eran consideradas como herejía, posteriormente la herejía solo aplicaba para el caso de los hombres rebeldes, homosexuales, etc., pues en el caso de las mujeres fueron señaladas directamente como brujas (Federici, 2004).

Además, habían comportamientos que eran mal vistos como la realización de labores que eran consideradas “trabajo de hombres”, y reuniones nocturnas donde se conspiraba en contra de las políticas estatales, y que eran nocturnas precisamente por su pretensión de clandestinidad. Lo cual fue llamado como “aquelarre”, allí se reproducían además prácticas no hegemónicas como orgías u otras relaciones promiscuas (Federici, 2004).

También, estaban las mujeres de muy bajos recursos y de edad muy adulta quienes habían sido abandonadas a su suerte por no ser productivas para la sociedad, pues la atención había sido puesta en los niños, quienes en un futuro podrían trabajar para la fábrica. Se trataba entonces de ancianas con mala apariencia, quienes recorrían campos, pueblos y ciudades en búsqueda de sustento, y en su mayoría vivían de la caridad. Incluso los historiadores expresan que una de las estrategias utilizadas por estas ancianas era aprovecharse de ese temor que infundía en la sociedad para que la gente fuera caritativa con ellas, y las personas les ayudaban precisamente por el miedo a que la anciana tomara algún tipo de represalia en contra de ellos, sus familias, sus ganados u otras actividades productivas (Federici, 2004).

En general, las brujas eran mujeres con comportamientos incomprensibles para la época, como la insubordinación al poder masculino, la subversión de los cánones y el poder de decisión que tenían sobre su sexualidad y reproducción. Tanto la iglesia como el Estado hacían que la suma de esto hiciera percibir a las mujeres como “seres salvajes, mentalmente débiles, de apetitos inestables, rebeldes, insubordinadas, incapaces de controlarse a sí mismas” (Federici, 2004, p.157)

Estos comportamientos, no solo desafiaban los mandatos de la iglesia, sino también del estado en las pretensiones de la formación de un sistema capitalista. De modo que tanto los llamados herejes, como las brujas, se convirtieron en el principal blanco de persecución, tortura y ejecución. Siguiendo a Federici,

No puede haber duda, entonces, de que la caza de brujas fue una iniciativa política de gran importancia. La Iglesia Católica proveyó el andamiaje metafísico e ideológico para la caza de brujas e instigó la persecución de las mismas de igual manera en que previamente había instigado la persecución de los herejes. Sin la Inquisición, las numerosas bulas papales que exhortaban a las autoridades seculares a buscar y castigar a las «brujas» y, sobre todo, sin los siglos de campañas misóginas de la Iglesia contra las mujeres, la caza de brujas no hubiera sido posible. Pero, al revés de lo que sugiere el estereotipo, la caza de brujas no fue sólo un producto del fanatismo papal o de las maquinaciones de la Inquisición Romana. En su apogeo, las cortes seculares llevaron a cabo la mayor parte de los juicios, mientras que en las regiones en las que operaba la Inquisición (Italia y España) la cantidad de ejecuciones permaneció comparativamente más baja. Después de la Reforma protestante, que debilitó el poder de la Iglesia Católica, la Inquisición comenzó incluso a contener el celo de las autoridades contra las brujas, al tiempo que intensificaba la persecución de los judíos (Milano, 1963: 287-89). Además, la Inquisición siempre dependió de la cooperación del Estado para llevar adelante las ejecuciones, ya que el clero quería evitar la vergüenza del derramamiento de sangre. La colaboración entre la Iglesia y el Estado fue aún mayor en las regiones donde predominó la Reforma, en aquellas donde el Estado se había convertido en la Iglesia (como en Inglaterra) o la Iglesia se había convertido en Estado (como en Ginebra, y, en menor grado, en Escocia). (2004, p.231)

En ese sentido, eran castigadas todo tipo de prácticas que no se ajustaban o no aportaran al nuevo modelo de producción capitalista, tales como la lasitud en el trabajo, la resistencia a la procreación, las actitudes que pudieran desequilibrar el nuevo modelo de familia o que afectara al individuo de tal manera que no pudiera rendir en el trabajo (Federici, 2004). Y, aunque el campo de acción de la inquisición fue en la Europa occidental, esto se extendió los territorios colonizados en América, como se describe a continuación.

6.1.5. Mujeres y salud: Edad moderna

La edad moderna es un periodo comprendido entre el siglo XV y XVIII. Los dos acontecimientos que inauguraron esta época fueron la caída de Constantinopla y, principalmente, el “descubrimiento de América” por parte de los países europeos. La colonización de África y, posteriormente, de América, como uno de las principales maneras de potenciar el desarrollo del sistema capitalista, debía ser una práctica que propiciara la dominación y subordinación por parte de los nativos americanos. Una de las estrategias de sometimiento fue la utilización de los conceptos de herejía y brujería, tal como se utilizaban en Europa, e incluso ampliándose más para que cobijara un sinnúmero de prácticas culturales indígenas y negras que no encajaban con las cosmovisión europea.

Como era de esperarse, esos conceptos no existían en su universo lingüístico, pero pronto se difundió por todas las colonias, infundiendo el terror necesario para que las personas ocultaran, sincretizaran y erradicaran esos comportamientos que podrían parecer amenazantes a las empresas coloniales, y se sometieran como fuerza de trabajo en sus plantaciones, necesarias para la lógica acumulativa que alimentaba el capitalismo. Fue así como, según Parinetto (1998)

La caza de brujas y las acusaciones de adoración al Demonio fueron llevadas a América para quebrar la resistencia de las poblaciones locales, justificando así la colonización y la trata de esclavos ante los ojos del mundo. Por su parte, de acuerdo con Luciano Parinetto, la experiencia americana persuadió a las autoridades europeas a creer en la existencia de poblaciones enteras de brujas, lo que las instigó a aplicar en Europa las mismas técnicas de exterminio masivo desarrolladas en América (Citado en Federici, 2004, p.273).

En ese sentido, se dio una jerarquía del saber, donde primaban los saberes occidentales sobre los saberes nativos, los saberes masculinos sobre los saberes femeninos, los saberes racionales

sobre los populares y las certezas científicas sobre las creencias mágicas. Silverblatt (1987), relata la manera en que se dio todo el proceso de erradicación de los saberes de las mujeres de poblaciones americanas,

Al perseguir a las mujeres como brujas, los españoles señalaban tanto a las practicantes de la antigua religión como a las instigadoras de la revuelta anticolonial, al mismo tiempo que intentaban redefinir “las esferas de actividad en las que las mujeres indígenas podían participar”. (...) También en Perú, al igual que en todas las sociedades preindustriales, muchas mujeres eran «especialistas en el conocimiento médico», estaban familiarizadas con las propiedades de hierbas y plantas, y también eran adivinas (...) No obstante, hacia el siglo XVII, debido a la tortura, la intensa persecución y la “aculturación forzada”, las mujeres andinas que eran arrestadas, en su mayoría ancianas y pobres, reconocían los mismos crímenes que eran imputados a las mujeres en los juicios por brujería en Europa: pactos y copulación con el Diablo, prescripción de remedios a base de hierbas, uso de ungüentos, volar por el aire y realizar amuletos de cera (Citado en Federici, 2004. p. 307).

Este evento también tuvo impacto en Europa, lugar donde se comenzaron a adaptar las nuevas ideas de las prácticas de brujería, ampliando aún más el repertorio de las posibles brujas y masificando los juicios. Inclusive, muchas de las pinturas y obras de arte realizadas sobre las colonias y Europa, muestran la similitud al representar las prácticas de brujería realizadas en ambos lugares. Elementos que describe Federici (2004), basándose en las tesis de Parineto (1998) y otras crónicas de la colonia (1435), como:

...El canibalismo, la ofrenda de niños al Diablo, la referencia a ungüentos y drogas y la asociación de la homosexualidad (sodomía) con lo diabólico —que, como sostiene Parineto, todos tenían su matriz en el Nuevo Mundo. (...) La cuestión del uso de ungüentos es uno de los más reveladores,

(...) supuestamente, las brujas europeas esparcían la misma infusión venenosa sobre sus cuerpos (según sus acusadores) con el fin de obtener el poder de volar hacia el aquelarre (p. 310, 313).

En la cita anterior puede verse que así como en Europa, los juicios por brujería en América, también fueron una lucha en contra del control que las mujeres ejercían en la reproducción, lo cual coincide con las necesidades de las empresas coloniales, pues los colonizadores trajeron consigo muchas enfermedades que aniquilaron gran parte de las poblaciones nativas y esclavos africanos, además el cuerpo esclavo era un patrimonio de compra y venta, motivo por el cual necesitaban que las mujeres reprodujeran más fuerza de trabajo.

En la Europa del siglo XVI se encuentran diversos registros ingleses, uno realizado por Robert Gottfried, que mencionan “veintiocho mujeres médicas: ocho sanadoras, dieciséis barberas y cuatro boticarias”, otro hecho por Pelling y Webster, en el que se mencionan “sesenta mujeres que practican la medicina de manera oficial o extra oficial en Londres, en 1560” (Iglesias, 2003. p.186). Sin embargo, comenta Iglesias (2003), que estos datos no son realmente significativos si se tiene en consideración que solo representan “menos de un dos por ciento del total de personas dedicadas a la salud” (2003, p.187), sumado a las acusaciones por brujería que terminaron por suprimir a gran cantidad de mujeres curadoras y a la prohibición del ingreso de las mujeres a las universidades en los siglos XV y XVI debido a la solicitud realizada por el gremio médico masculino, para que la práctica médica fuera exclusiva de personas que tuvieran el conocimiento académico, lo cual se convertía en la privatización de la medicina y “la prohibición absoluta para las mujeres” (2003, p. 185).

Según Iglesias (2003), a principios del siglo XVII, la caza de brujas fue devastadora, incluso las licencias para practicar la medicina eran concedidas por funcionarios de la iglesia, quien decidía qué prácticas eran aceptables y cuáles eran heréticas. Sin embargo, para este periodo las mujeres

sanadoras se podían clasificar jerárquicamente: en la escala inferior se encontraban las enfermeras, luego las comadronas y, en la escala más alta, las médicas y boticarias: “quienes sólo eran autorizadas a ejercer entre los pobres sin recibir remuneración alguna, aunque encontramos alguna referencia a mujeres doctoras que atendieron a damas de la nobleza” (p.195).

6.1.6. El fin de la caza de brujas

La caza de brujas llegó a su ocaso a finales del siglo XVII y, según Federici (2004), esto no fue resultado de los nuevos pensamientos e ideologías de la ilustración, sino porque se dio la “aniquilación del “mundo de las brujas” y la imposición de la disciplina social que el sistema capitalista triunfante requería. En otras palabras, la caza de brujas llegó a su consumación, a finales del siglo XVII, porque para esa época la clase dominante gozaba de una creciente sensación de seguridad en relación con su poder” (p.279). Y aunque el conocimiento científico comenzaba a sustituir la ignorancia y las creencias supersticiosas, no se dio acceso libre al conocimiento médico académico generado en las diferentes universidades, motivo por el cual tampoco fue posible durante un largo tiempo que las mujeres pudiesen ejercer profesionalmente la medicina (Iglesias, 2003).

6.1.7. Mujeres y salud en la edad contemporánea

La edad contemporánea abarca desde finales del Siglo VXIII o principios del XIX, hasta la actualidad. A finales del siglo XVIII, la visión que se tenía sobre la mujer se modificó. La mujer ya no era considerada ese ser salvaje, amenazadora e incontrolable; por el contrario, pasó a concebirse como un ser dócil, como “seres pasivos, asexuados, más obedientes y moralmente mejores que los hombres, capaces de ejercer una influencia positiva sobre ellos” (Federici, 2004).

p.157). Además se consideraba como personas sabias, quienes resguardaban el conocimiento tradicional y estaban capacitadas para criar a los hijos y cuidar de los enfermos (Lupton, 2012).

Progresivamente, se dio un proceso de infantilización de las mujeres, despojándoles de su autonomía en todos los ámbitos, tanto en el público como en el privado, de modo que se les sometió al control de sus esposos, la iglesia y el Estado. En lo público, expresa Federici, “perdieron el derecho a hacer contratos o a representarse a sí mismas en las cortes para denunciar los abusos perpetrados en su contra (...) En definitiva, además de la devaluación económica y social, las mujeres experimentaron un proceso de infantilización legal. (2004, p.154). Todo el espacio por fuera de la casa representaba un peligro para las mujeres, pues podían ser víctimas de abusos, incluso sexuales, por parte de la población masculina. En cuanto a lo privado, argumenta Arendt (2005), “ella es la empleada, sin patrimonio propio, del hombre que la emplea; así, pues, no es siquiera una proletaria, que siempre será trabajadora asalariada independiente” (p. 88).

Desde diferentes campos de la medicina profesional, también se justificaba la confinación de las mujeres a sus hogares, pues se consideraba que las tareas domésticas y reproductivas eran mucho más cercanas y afines a ellas, por ende, eran quienes debían asumir los roles de madres, esposas y amas de casa. Siguiendo a Moscucci (1990) “la ginecología ha legitimado la concepción de la actividad sexual y la reproducción son más fundamentales en la naturaleza de las mujeres que en la de los hombres, y que ellas, por tanto, se adaptan mejor a la esfera doméstica como esposas y madres que al espacio público del trabajo, la política y el comercio” (Citado en Lupton, 2012, p.169).

Sin embargo, a principios de esta época (finales del S. XVIII) se abren las puertas de las facultades de medicina en algunas universidades europeas a un selecto grupo de mujeres, quienes se destacaron en diferentes ramas como la anatomía, la ginecología y la obstetricia. En el caso de

Estados Unidos, era posible que mujeres y negros ejercieran la medicina popular, sin estudios profesionales. Además, en el siglo XIX se gestaron diferentes movimientos femeninos, los cuáles formaban a las mujeres en el conocimiento de sus propios cuerpos y la práctica de estilos de vida que se consideraban saludables,

Estas sociedades formaban parte del Movimiento Popular para la Salud en cuyas escuelas sí eran admitidas las mujeres. Así, por ejemplo, Harriet Hunt fue rechazada por Harvard, a causa de la negativa de los propios estudiantes a admitir a una mujer entre ellos, pero pudo cursar estudios académicos en una de estas escuelas de medicina no regulares (...) La misma Elizabeth Blackwell, la primera mujer graduada oficialmente en medicina, recibió el consejo de realizar cursos de homeopatía y dedicarse a la práctica de la medicina no oficial. Asimismo se aceptaba la participación de la mujer en la medicina ortodoxa, pero únicamente como enfermera (...) Ser enfermera era algo natural, una realización del instinto maternal de la mujer. Ser médica, doctora, curar a los enfermos, era una aberración. Realizar prácticas de disección podía dañar el “pudor natural de las mujeres”, pero no lo dañaba el limpiar o curar los cuerpos heridos (Iglesias, 2003, p.200).

Sobre el cuerpo de las mujeres había muchos mitos, tabúes y trabas difundidos en la sociedad en general para que estas no pudieran acceder a la formación académica ni al campo laboral. Se aseguraba que cuando el cerebro de las mujeres alcanzaba un mayor desarrollo esto podía ser perjudicial para sus úteros y funciones reproductivas. En esta época las mujeres, debido a su fisiología, se convirtieron en un problema de salud, “En el siglo XIX y comienzos del XX, a la menstruación y el embarazo se los trataba como anomalías y enfermedades, más bien que como funciones corporales normales” (Lupton, 2012, p. 172). Según Turner (1995), esto hizo que se convirtieran en el centro de atención, experimentación e intervención por parte de la medicina

científica, “las mujeres se convirtieron en potenciales pacientes, sometidas a la vigilancia y el manejo de los miembros masculinos del gremio médico” (Citado en Lupton, 2012, p.172, 173).

Aún hoy, las mujeres son uno de los mayores focos de atención, escrutinio y control por parte de la medicina. Hay que reconocer que el sistema de salud también les ha dado herramientas para que estas puedan tener un control sobre sus cuerpos, un ejemplo de esto son los métodos anticonceptivos, la atención adecuada en el parto que ha disminuido el riesgo de muerte (Lupton, 2012), y el derecho a abortar libre o condicionalmente en algunos países. Temas que han sido objeto de debate desde mediados del siglo pasado, debido a que algunas posturas feministas consideran que asuntos como los métodos anticonceptivos no permiten que la mujer sea autónoma, sino que la encadena al sistema biomédico y tratamientos farmacológicos que afectan la salud.

Las mujeres comenzaron a acceder al trabajo formal después de la primera y segunda guerra mundial, por el déficit en mano de obra masculina en los diferentes sectores productivos. Uno de los factores que les permitió este paso fue el control que las mujeres han podido ejercer sobre la reproducción, junto con otros factores como el acceso a la educación superior, la migración a las ciudades, las nuevas tecnologías domésticas que les ayudaban a ahorrar tiempo en estas labores, las nuevas garantías de seguridad social y legislación sobre licencias de maternidad, además de la creciente necesidad de contar con más de un sueldo para el sustento del hogar (Ramírez, Tribín y Vargas, 2016). La división de las tareas entre los hombres y mujeres, según Scott (1993), “se juzgaba como el modo más eficiente, racional y productivo de organizar el trabajo, los negocios y la vida social; la línea divisoria entre lo útil y lo natural se borró cuando el objeto en cuestión fue el género” (p.406).

En contraste con el pasado, en donde debido a las diferentes crisis las mujeres debían reproducirse para repoblar el continente europeo, en la época contemporánea se da una

disminución en las tasas de natalidad. Esto se debe al aumento en la esperanza de vida, es decir, ahora las personas podían tener una vida más larga que sus antepasados, y la inserción de las mujeres al trabajo asalariado.

En Colombia, este fenómeno ha venido aumentando desde el siglo XX. Según algunas investigaciones, es el país latinoamericano en donde se ha dado un incremento más significativo en el acceso laboral femenino respecto a los demás países latinos en las últimas tres décadas. Según Ramírez, Tribín y Vargas, (2016)

El acceso para las mujeres a la educación universitaria a partir de 1934, el control de la natalidad mediante la masificación del acceso a los anticonceptivos, una urbanización creciente y la progresiva necesidad de contar con dos sueldos en el hogar, entre otros factores, causaron el incremento en la participación de mujeres en los sectores económicamente productivos (p. 42).

En cuanto al tema de la inserción al trabajo asalariado, aún hoy persisten grandes contradicciones al respecto, pues aunque la esfera de derechos de la mujer ha venido ampliándose desde finales del siglo XIX, y desde esa época se ha venido adoptando en los diferentes países, socialmente esto no es plenamente aceptado, lo que continúa reproduciendo las lógicas del pasado en donde las mujeres solo pueden acceder a trabajos de segunda categoría y con una retribución salarial diferencial respecto al gremio masculino. En Colombia, el trabajo de la mujer es devaluado en términos de costos y rendimiento, es decir, para las empresas una mujer es más costosa y menos productiva que un hombre, más aún si este no tiene hijos,

Los investigadores encontraron que las madres fueron sancionadas a causa de su supuesto menor nivel de competencia laboral. Las madres fueron evaluadas como teniendo menos conocimientos que las mujeres sin hijos y menos comprometidas con su propio desarrollo

profesional. Además, sus evaluadores recomendaron sueldos iniciales menores en comparación con sus recomendaciones para las mujeres sin hijos (Ramírez, Tribín y Vargas, 2016, p.49).

Estos estudios demuestran que aunque el índice de inserción de las mujeres a la vida laboral ha ido aumentando desde el siglo pasado, las mujeres aún juegan un papel central en la vida doméstica debido a las desigualdades existentes en la división sexual del trabajo. Aunque ahora haya más oportunidades de acceso al trabajo, sus cargas en el hogar no disminuyen, ella debe seguir realizando las labores domésticas y estar al cuidado de los hijos. Lo cual se ha convertido tanto en una oportunidad para informarse sobre salud y autocuidarse, como puede ser interpretado como un riesgo para la propia salud, cuestiones que se analizarán más adelante.

Para finalizar, en la historia de la relación entre la mujer y la salud, se quedan muchos elementos por fuera, pero ha valido la pena por diversos asuntos, y es que, a partir del relato anterior, se puede analizar la manera en que históricamente los cuerpos y subjetividades femeninas se han intentado controlar al percibirse como “amenazantes para el orden moral y la estabilidad de la sociedad (Enrenreich y English, 1974, p.14. Citado Citado en Lupton, 2012, p.169). Además, es importante en la medida que permite visibilizar la importancia de las mujeres como aquellas en los que reposan gran cantidad de saberes en salud, heredados y aprendidos debido a las circunstancias como madres, encargadas del bienestar de la familia.

Es importante tener en cuenta que no se puede negar que ha habido una relación entre las mujeres y la salud construida culturalmente, más no se puede hablar de una relación natural, pues debido a estos argumentos las mujeres fueron excluidas de lo público y solo le fue permitido el ámbito de lo privado, impidiendo una formación profesional y ejercer sus conocimientos sobre las distintas medicinas en lo colectivo. Y en la actualidad, aunque haya más posibilidades para la

formación profesional y el acceso laboral, aún existen muchas limitaciones para las mujeres, pues persisten diversas desigualdades económicas y sociales.

Esta relación histórica, política y cultural de las mujeres con la salud, nos permite entender la manera como actualmente las mujeres se relacionan con la salud, tanto desde el cuidado propio, como desde el cuidado doméstico y el ámbito colectivo, temas que se trabajarán en el siguiente capítulo que busca realizar un análisis de la relación de cinco mujeres con la salud, desde un acercamiento etnográfico.

6.1.8. A modo de cierre...

A lo largo del primer capítulo se pudo observar la manera en que histórica y culturalmente, se ha relacionado a las mujeres con el cuidado de la salud; siendo así no una relación natural, sino una cultural, en la cual se describe la manera en que las mujeres han tenido diferentes conocimientos acerca de la salud, y no solo se han encargado de la salud propia o familiar, sino de la atención de otras personas. Sin embargo, en diferentes etapas históricas, y principalmente en el montaje del capitalismo las condiciones de vida comienzan a cambiar y fue así como se comenzó a alejar a las mujeres de la vida comunitaria y el relacionamiento con la tierra, factor fundamental para el conocimiento de las propiedades de las plantas y su funcionamiento en el cuerpo. Estas condiciones se radicaron aún más en las migraciones masivas del campo a la ciudad. Allí, a pesar de que podrán ser más independientes laboralmente y también respecto al gremio masculino, empezó a ser muy común que se les estigmatizara en las iglesias por su “mal comportamiento”.

En esta época las mujeres podrán ejercer la medicina de manera profesional y algunas de ellas pudieron estudiar la carrera profesional en universidades francesas.

Además, cada vez era más común que fueran señaladas como herejes, al hacer parte de movimientos de resistencia y ayudar con el crecimiento poblacional por medio de la provocación de esterilidad y abortos, compartimientos que fueron castigados por la iglesia y el estado.

Después de la crisis poblacional del siglo XIV a las mujeres les fue aún más difícil el control sobre su cuerpo respecto a la reproducción, pues debido a las muertes masivas producto de hambruna, pestes y guerras, se les exigía a las parejas tener gran cantidad de hijos. Además se insensibilizó a la población masculina respecto al cuerpo femenino, de manera que las agresiones y las violaciones comenzaron a ser muy comunes. Todos estos acontecimientos fueron centrales en la preparación de terreno para la caza de brujas.

Los primeros juicios de “brujería” iniciaron a finales del siglo XVI, al señalar a toda una “secta de adoradoras del demonio” (Federichi 2004).

En la transición del capitalismo, época en la cual se trató de suprimir el poder popular para conferirle el poder político y económico a la nobleza, a los hombres se les dio acceso a trabajos asalariados, mientras a las mujeres se les confirió al trabajo doméstico, poco a poco llamado “trabajo de mujeres” donde su cuerpo se convierte en un cuerpo colectivo, es decir, a disposición de las necesidades de los demás miembros de la familia, creándose la categoría de “ama de casa”.

Otro de los acontecimientos centrales fue la instauración oficial de la inquisición por medio del “Malleus maleficarum” o “martillo de brujas”, que se proponía a exterminio del mundo de las brujas. Lo cual redundó en la pérdida del poder que las mujeres podrán ejercer sobre su cuerpo, la reafirmación de la no violencia masculina y la pérdida de los acontecimientos en salud, pues eran sospechosas todas aquellas que conocieran sobre plantas y otros tratamientos curativos.

Además se asesinaban a aquellas que de algún u otro modo pusieran en peligro la estabilidad del sistema imperante así como el nuevo modelo de familia.

Esto también fue trasladado a las colonias, africanas y americanas, donde por medio de conceptos como herejía y brujería, se justificó el sentimiento de los nativos. Además los conocimientos que tenían en materia de cuidado de la salud, fueron devaluados. Más aun aquellos que tenían que ver con la anticoncepción y el aborto, pues debido al sin número de muertes ocasionadas por parte de las empresas coloniales y las pestes que llevaron consigo, se requería más fuerza de trabajo y cuerpos de compra y venta, es decir, cuerpos esclavos.

En esta misma época, en la que imperaba el saber “racional” o científico sobre saberes populares y creencias mágicas, fue más común que algunas mujeres con posibilidades económicas, accedieran al conocimiento occidental, sin embargo, el gremio masculino le apostó a la prohibición absoluta para las mujeres. Estas por su parte continuaron ejerciendo de manera informal la medicina y solo algunas fueron autorizadas para hacerlo legalmente. A finales del Siglo XVII se dio la erradicación de la caza de brujas, y empezó a dar paso a la edad contemporánea.

En la época contemporánea la visión sobre las mujeres cambio, ya no se trataba de ese ser incontrolable, sino que ahora eran personas pasivas y vulnerables además la profesión médica era lejana a ellas, porque las tareas domésticas y reproductivas, eran mucho más cercanas a ellas.

Las puertas de las universidades se reabrieron en esta época y un selecto grupo de mujeres pudo formarse en la medicina occidental. Sin embargo, aun existían diversos estigmas al respeto, incluso se consideraba que esta formación podrá afectar su salud, principalmente psicóloga y reproductiva.

Desde esta época se ha venido ejerciendo un mayor control del cuerpo desde el sistema médico hegemónico, debido al paradigma de que el cuerpo femenino es más débil y vulnerable a las enfermedades que el masculino.

En esta época las mujeres comenzaron a acceder de forma más masiva a trabajos asalariados, en parte, debido al control que ahora se podrá ejercer sobre la reproducción de métodos anticonceptivos, además de la necesidad de aumentar los ingresos para el sustento familiar.

Actualmente, si bien ha habido mayor acceso al trabajo, las mujeres aun juegan un papel fundamental en la vida doméstica y en el cuidado de la salud familiar lo cual se convierte en un factor que las obliga a estar informadas sobre salud y las motiva a estar saludables. Temática que se trabajará en el siguiente capítulo.

6.2. Capítulo 2: Historias de vida de la relación entre las mujeres y la salud

En este capítulo se relatarán, de manera transversal, las historias de vida de cinco mujeres y la relación que estas han tenido con sus cuerpos y con el cuidado de la salud en general, describiendo sus estilos de vida, nociones de salud, sistemas médicos y fuentes en salud.

El objetivo de este capítulo es analizar la manera en que en la contemporaneidad se construyen ciertas subjetividades, basadas en las construcciones culturales que a su vez proponen ciertos imaginarios acerca del rol que las mujeres deben cumplir en la sociedad y en sus familias, de cómo debe concebirse su cuerpo y la manera de relacionarse con la salud individual y familiar; para, en un capítulo posterior, analizar la manera en que estas se están relacionando con la televisión en salud y cómo esta aporta a la gestión de la salud propia, familiar y colectiva. Previamente, es

importante realizar una caracterización de las interlocutoras, pues es de ellas de quiénes se continuará hablando a lo largo del capítulo.

6.2.1. Caracterización de las interlocutoras e interés en el tema de la salud

Amparo Galvis es una mujer de 59 años de edad. Está casada con Jesús Antonio, con quien tuvo dos hijos, Cristina y Lenis. Además es abuela de Santiago, el hijo de Cristina, a quien cuida mientras su madre estudia y trabaja. Ella es una enfermera pensionada que ha estado interesada en el tema de la salud desde su formación académica en enfermería. Amparo siempre ha estado encargada de las labores domésticas, y actualmente dedica la mayor parte de su tiempo a estas actividades.

Carol López es una mujer de 22 años, hija de Eduardo López y Gloria López, hermana de Luigi y Daniel, con quienes aún vive. Es madre soltera de Emiliano, de 2 años de edad, y aunque su madre la ha estado acompañando en todo este proceso, siente que ella es quien debe asumir la responsabilidad del cuidado de su hijo, motivo por el cual ha tenido que interesarse y actualizarse constantemente sobre temas de salud, pues se preocupa porque Emiliano tenga “una buena alimentación, que no tuviera sobrepeso, que no estuviera con desnutrición, cosas así” (Carol López, Bachiller Académico). Sin embargo, Carol no tiene todo el tiempo disponible para realizar esta tarea, pues tiene que dividirse entre el trabajo, el estudio, las labores del hogar y el cuidado de su hijo.



Figura 2: Carol y Emiliano. Fuente: Archivo propio

Gloria Arroyave, de 33 años, vive con Carlos Mejía, con quien tuvo a su hijo Pedro Juan, quien ahora tiene de 12 años de edad. Gloria se ha dedicado a ser “ama de casa” desde que vive con su esposo e hijo. Ella es quien cuida de la salud de los tres, esa es una de las razones por las que se ha interesado en el tema de la salud, además de otras motivaciones estéticas.



Figura 3: Pedro Juan, Carlos y Gloria. Fuente: Archivo propio.

Luz Delia Carmona tiene 39 años, se reconoce como una mujer que siempre ha estado interesada en el tema de la salud. Luz tiene a cargo dos hijos, Santiago y Sebastián. Los dos siempre han tenido problemas de salud desde bebés y ha sido Luz quien ha asumido ese rol de cuidadora más que su esposo. Cuenta que “desde siempre, siempre, me ha gustado el tema de la salud, y ahora más con Sebastián porque ya entra uno en el tema de la salud como más a fondo, aprende más” (Luz Delia Carmona, Bachiller Académico). Ella trabaja ocasional e informalmente como empleada doméstica en diferentes lugares y no puede vincularse a ninguno de estos trabajos por su situación con Sebastián, pues debe llevarlo a citas médicas y tratamientos varios días a la semana. Luz se encarga de las tareas domésticas, y en contraste con las demás interlocutoras, es la única que recibe un poco más de apoyo por parte de su esposo en las tareas del hogar.



Figura 4: Guillermo (Esposo), Sebastián (Hijo) y Luz Delia. Fuente: Archivo propio.

Y Patricia García, de 42 años, es una mujer que hace 20 años está casada con Carlos Jaramillo, con quien tuvo a su hijo Tomás, de 19 años actualmente. El interés de Patricia en el tema de la salud está muy relacionado con su profesión de terapeuta física y, a partir de esta profesión, se ha dedicado a ayudar a la gente con sus problemas de salud físicos. Esta actividad la hace ocasionalmente, pues la mayor parte del tiempo lo ocupa en las tareas del hogar. Ella se ha

encontrado interesada en formarse en otros ámbitos de la salud, sobre todo alternativa como yoga, reiky y masoterapia china.



Figura 5: Carlos, Tomás y Patricia. Fuente: Archivo propio.

Puede verse como cada una de ellas está interesada en el tema de la salud por diversos motivos: En el caso de Amparo y Patricia su interés surge por la profesión que ejercen; en el caso de Gloria y Carol su interés está muy centrado en la estética; en el caso de Patricia, también está su interés por el autocuidado.

Las cinco interlocutoras comparten el interés en la salud por el hecho de ser madres, tener a cargo el cuidado del hogar y la salud de los integrantes de la familia.

6.2.2. Mujeres y sus estilos de vida saludables

Los estilos de vida son los modos o maneras en que los sujetos deciden actuar y que pueden incidir positiva o negativamente en su salud y en la salud de otras personas. En ese sentido, los estilos de vida saludables son las acciones o hábitos que las personas realizan para estar saludables. Se trata de uno de los lineamientos que compone la promoción de la salud, entendida como “el conjunto de políticas y acciones orientadas al desarrollo de las potencialidades individuales, colectivas y del entorno; para avanzar en la consecución de un mayor bienestar y mejorar la calidad de vida” (Ramírez, 2015, p. 3).

Esta definición de promoción de la salud tiene en cuenta tanto los factores individuales como los colectivos en constante interacción, que se deben potenciar para mejorar las condiciones de vida de las poblaciones. Los factores individuales se pueden potenciar a través de los hábitos, estilos o modos de vida saludables; mientras que los colectivos se potencian a través de las políticas públicas saludables, ambientes o ámbitos saludables, participación activa comunitaria, reorientación de los servicios de salud, comunicación y salud, educación para la salud y coordinación intersectorial (Ramírez, 2015).

Los estilos de vida saludables, según la Subsecretaría de Salud Pública de Medellín, se pueden agrupar en ocho: Lavado de manos, Cuidado de la salud bucal, Alimentación saludable, Reducción del consumo de alcohol, Promoción de la actividad física, Cuidado de la salud mental, Promoción de espacios libres de humo, Salud sexual y reproductiva, entre otros².

² Tomado de www.medellin.gov.co. Noviembre de 2016

Es importante analizar en cada una de las interlocutoras de este trabajo cuáles son los estilos de vida que llevan, con el fin de reconocer las acciones concretas que estas mujeres realizan para estar saludables y aportar a la salud de quienes le rodean:

La primera mujer, Amparo Galvis, desde muy joven ha optado por tener unos estilos de vida saludables. Ella cuenta que desde pequeña su madre le enseñó a alimentarse bien, “comíamos cosas muy saludables, nunca embutidos, sino muy natural”. Y a pesar de no tener muchos recursos y que la comida en su casa no abundaba, su madre le insistía en consumir frutas y verduras y a no comer “tanta chuchería” (Amparo Galvis, Enfermera, 59 años).



Figura 6: Amparo cocinando. Fuente: Archivo propio.

Es ella quien cocina en su casa y ha enseñado a su familia la importancia de comer saludable, además de incluir en su dieta frutas y verduras, “...acá no se bebe, no se fuma, comemos muchas frutas” (Amparo Galvis, Enfermera, 59 años). Ella cuenta que a medida que fue creciendo, se fue haciendo más consciente de la importancia de llevar una vida saludable, es decir, de realizar ejercicio, alimentarse bien y mantener una actitud positiva ante la vida. Ella considera que siempre ha sido muy aliviada y esto ha sido gracias a ese estilo de vida que ha llevado.

Carol López, por su parte, nunca había asumido de manera seria los hábitos de vida saludables hasta el nacimiento de su bebé Emiliano, ya que debe aprender para brindarle un mayor cuidado. Cuenta que al poco tiempo de tener al bebé realizaba ejercicio y trataba de alimentarse saludablemente; ahora solo realiza lo segundo debido a sus múltiples ocupaciones. Ella expresa que:

...en el tiempo que estuve yendo al gimnasio sí me sentía mucho más activa, entonces combiné esto del gimnasio y de alimentarme un poquito mejor y me di cuenta de un cambio porque yo antes me quería quedar acostada todo el día, o sea, con el gimnasio y ver eso, ver que ya como que no tenía la intención de ir al gimnasio, pero seguir como con la buena alimentación me pareció como lo mínimo que podía hacer si no iba a estar haciendo ejercicio todo el tiempo (Carol López, Bachiller Académico, 22 años).

Se puede leer en su relato, que al dejar de realizar ejercicio pensó que la manera más adecuada de compensar su salud era mantener una alimentación saludable, que para ella consiste en consumir “casi todo integral, por ejemplo, en el caso de los lácteos casi todo deslactosado, la leche la consumo sin crema, cero grasa, fritos muy poquito; jugos trato de que casi todos sean naturales, no me gusta la gaseosa, lo máximo que tomo como ya listo es el té, pero los jugos naturales me gustan mucho, las ensaladas más que todo” (Carol López, Bachiller Académico, 22 años). Este hábito no solo lo ha adquirido por salud, sino también por estética, pues desea recuperar la figura corporal que tenía antes de concebir a Emiliano.

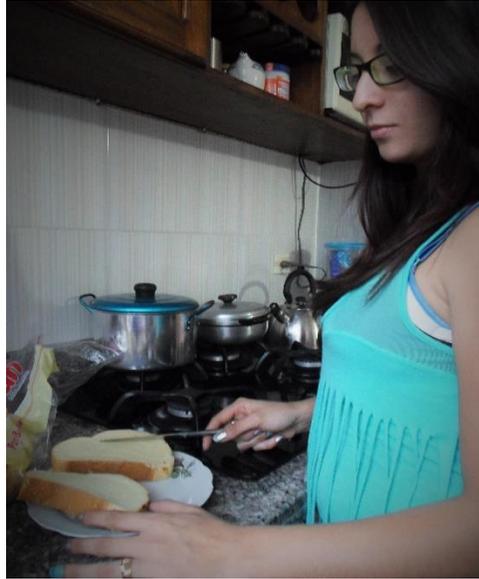


Figura 7: Carol cocinando. Fuente: Archivo propio.

Otra de las interlocutoras, Gloria Arroyave, solo ha adquirido hábitos de vida saludables últimamente, pues antes sus estilos de vida anteriormente eran diferentes. Cuando era más joven no estaba consciente de su importancia, comenta que llevaba una vida sin límites en cuanto a la comida chatarra, el trasncho, las fiestas y el alcohol,

Antes casi no tenía esas cosas, lo que quería me lo comía, de hecho siempre he sido flaca entonces no me importaba comerme una hamburguesa, una pizza, lo que fuera porque no me importaba (...) sedentaria, no hacía nada, solamente la vida normal, no hacía ejercicio, comía cualquier cosa, trasnchaba y de hecho a veces tomaba licores por ahí sin medida (...) No me interesaba, sería por la edad, porque a medida van pasando los años uno va cambiando los hábitos de la alimentación (Gloria Arroyave, Educación Básica, 33 años).

Este cambio se dio debido, en primer lugar, a su hijo Pedro Juan, de 11 años, quien se encuentra en proceso de crianza y necesita un buen ejemplo de vida para comenzar a adquirir esos buenos hábitos, “después de que tuve al niño ya los hábitos de alimentación cambiaron bastante porque, lo uno, para incluirlo en la vida diaria, y además, para que el niño coja también buenos hábitos de

alimentación” (Gloria Arroyave, Educación Básica, 33 años). En segundo por cuestiones de salud, porque ha tenido problemas de migraña en aumento y de venas várices. Y, en tercero, por cuestiones de estética, pues pasó de un momento de rechazó a su cuerpo, a uno donde se dio cuenta que debía hacer algo para lograr tener un cuerpo con el que lograra sentirse conforme.

A partir de esto considera que los principales hábitos de vida saludables son el “deporte, comer saludable, no consumir licores, no fumar”. Sobre la buena alimentación considera que “es mantener una alimentación balanceada, incluir en ella frutas y verduras. También fijarse de no comer unas porciones muy exageradas, ni tampoco decir que puedo aumentar el consumo de harinas, de grasas y de carbohidratos que no aportan mucho a la salud (...) y no comer en exceso, ni fritos” (Gloria Arroyave, Educación Básica, 33 años).



Figura 8: Gloria haciendo ejercicio. Fuente: Archivo propio.

Gloria realiza ejercicio tres veces a la semana, va al gimnasio y monta en bicicleta durante una hora y, si tiene tiempo, destina un poco más. Es importante resaltar que la actividad física en la

bicicleta la hace acompañada de su esposo e hijo, juntos han decidido llevar unos estilos de vida más saludables; ella está interesada en que su hijo ocupe su tiempo libre en el deporte para que no adquiriera malos hábitos (Gloria Arroyave, Educación Básica, 33 años).

Luz Delia Carmona, se reconoce como una mujer que siempre ha estado interesada en el tema de la salud y siempre ha buscado la manera de estar saludable. En su relato, ha dado más importancia al deporte que a la buena alimentación, pues considera que este “ayuda mucho para la salud, para la migraña, la gastritis” (Luz Delia Carmona, Bachiller Académico, 39 años). Respecto a la alimentación, solo tiene especial cuidado en cuanto a las cantidades de cada grupo alimenticio, pues considera que comer sano no es privarse de comer algunas cosas, sino no consumir algo en exceso, “comer sano, eso no quiere decir no comer grasa, no comer harinas sino que todo tiene un límite”, expresa Luz. Respecto a los hábitos que considera no le ayudan en su salud, menciona “el licor y el trasnocho” (Luz Delia Carmona, Bachiller Académico, 39 años).

Ella siempre ha estado muy pendiente del cuidado de su salud, incluso desde muy joven asume el hábito del ejercicio. Además su esposo también realiza mucho ejercicio, lo cual la incentiva a ella a ser constante. Debido al problema de salud de Sebastián ha tenido que dejar de hacer deporte algunos días para cuidarlo en casa, realizarle exámenes y terapias. En sus palabras:

Yo me levanto a las 6:00 am, lo primero que hago es que me organizo yo, después organizo casa y ya salgo por ahí a hacer deporte o a hacer las vueltas; vuelvo a hacer el almuerzo y por la tarde prendo el televisor y ya me quedo acá en la casa: yo no salgo de noche y me acuesto a las 9:00 pm. Cuando tengo que llevar a Sebas a las citas, me levanto, hago todo, me voy para las citas con Sebas, y ya venimos de las citas y nos ponemos a ver televisión, a jugar con los juguetes (Luz Delia Carmona, Bachiller Académico, 39 años).



Figura 9: Luz Delia cocinando. Fuente: Archivo propio.

Las citas de Sebastián, quien ha sido diagnosticado con Parálisis Cerebral, son hasta de tres o cuatro veces por semana, de modo que sus rutinas diarias y estilos de vida han cambiado, dejando en ocasiones, a un lado el cuidado de su salud por el cuidado de la de su bebé.

La última de las interlocutoras, Patricia García dice que fue desde la escuela desde donde aprendió algunos estilos de vida saludable muy importantes, tales como el ejercicio, “mi papá y mi mamá no hacían ejercicio, pero en el colegio donde nosotros estudiamos sí se hacía mucho ejercicio; entonces allá aprendimos qué importancia tiene la actividad física” (Patricia García, Terapeuta Física, 42 años).



Figura 10: Patricia haciendo ejercicio. Fuente: Archivo propio.

Actualmente dedica una hora diaria a montar en bicicleta, hábito que considera muy necesario para su salud, “a mí me parece que es vital, yo dejo de hacer ejercicio y a mí me empieza a doler todo, a mí me duele la cabeza, me duele la cintura, me duele las rodillas, me duele todo y yo empiezo a hacer ejercicio y a mí no me duele nada, y se duerme bien y vive uno como contento, activo, como lleno de energía”. Y ahora que está en una edad más avanzada, dice que es aún más importante mantener un estilo de vida saludable, “debe ser un hábito ya que con la edad va perdiendo uno agilidad” (Patricia García, Terapeuta Física, 42 años). Además, manifiesta sentirse saludable cuando complementa el ejercicio con el comer y dormir bien.

Patricia considera que la alimentación saludable se basa en que esta sea balanceada, es decir, que contenga “fruta, verdura y los carbohidratos bien controlados, las harinas controladas, y los dulces también controlados” (Patricia García, Terapeuta Física, 42 años). La importancia que le atribuye a la buena alimentación es que le permite sentirse bien tanto física como mentalmente.

A partir de esto se puede analizar que la concepción que tienen las interlocutoras acerca de los estilos de vida saludables, está muy ligada a la concepción biologicista de la salud, ubicando los estilos o hábitos de vida saludables en el cuerpo, puesto que en sus discursos se le da mayor relevancia a la alimentación saludable y al ejercicio, que a otros elementos que se encuentran dentro de la promoción de la salud, tales como la salud mental. Inclusive solo una de las interlocutoras menciona como un hábito de vida saludable el “mantener una actitud positiva frente a la vida”.

Las interlocutoras entrevistadas manifiestan tener unos estilos de vida saludables. Basados en el caso de Amparo, Carol y Gloria, predomina más el alimentarse bien que el hacer ejercicio. En el caso de Patricia y Luz Delia es al contrario, le dan más importancia al ejercicio. Otros hábitos que se mencionan son: dormir bien, no ingerir licor y no fumar.

Sobre los hábitos o estilos de vida no saludables se trabajará en el siguiente apartado, debido a que estos comportamientos, se convierten o podrían convertirse en riesgos para la salud.

6.2.3. Riesgos diferenciales y afecciones en la salud femenina

El concepto de riesgo se refiere a una representación social sobre algún factor que pueda afectar la integridad o salud del individuo y las comunidades. El grado de riesgo está determinada por el grado de vulnerabilidad que las personas perciben frente a este. Siguiendo a Pilar Díaz, “el análisis de su verbalización, a través de la manifestación de la morbilidad sentida, permite entender cuándo y por qué la gente previene, y más interesante aún, conocer cuándo y por qué no lo hace” (2002, p.2)

De acuerdo con Díaz (2002), se puede decir que dependiendo de la peligrosidad con que las personas perciben el riesgo, deciden actuar o no para la prevención, mitigación o atención del daño

o del efecto negativo en la salud. De manera que la percepción del riesgo puede darse de manera diferencial de acuerdo al contexto sociocultural, la edad, factores socioeconómicos, género, etc. Conviene distinguir en este punto la última cuestión mencionada, la percepción de riesgo de acuerdo a la construcción social del género y, en este caso, el género femenino y masculino.

Como se ha visto en apartados anteriores, las mujeres siempre se han concebido en relación con la salud, bien sea por sus conocimientos y acciones en pro de cuidarla o afectarla; o también por tener un cuerpo fuerte y poco susceptible a enfermar, o un cuerpo débil y vulnerable a la enfermedad, según la etapa histórica de la que se hable. Pero entonces, ¿cómo se ha concebido y cómo los hombres se han pensado en relación con la salud?

Ya Silvia Federici en su texto “El Calibán y la bruja” (2004), había desarrollado una explicación a esta pregunta en el capítulo de “El gran Calibán, la lucha contra el cuerpo rebelde”, donde explica cómo en el surgimiento y expansión del capitalismo, el cuerpo del proletariado, de los esclavos, etc., se consideraba como un cuerpo fuerte que había que domar y dominar para poder convertirlo en fuerza de trabajo, el cuerpo “aparecía no sólo como una bestia inerte ante los estímulos del trabajo, sino como un recipiente de fuerza de trabajo, un medio de producción, la máquina de trabajo primaria. Ésta es la razón por la que, en las estrategias que adoptó el Estado hacia el cuerpo, encontramos mucha violencia, pero también mucho interés” (p.187)

Esto es lo que Federici (2004) ha llamado la lucha contra el cuerpo rebelde, lo cual ha sido un proceso largo, donde no solo intervino el estado y la iglesia, sino también la ciencia en esa tarea de comprender y racionalizar cada parte del cuerpo, desproveerlo de un espíritu, de un encanto, asignarle unos comportamientos y definirlo como apto para el trabajo en la fábrica, o en el caso de América, en las diferentes labores coloniales como las minas y plantaciones, ideologizando al

cuerpo como un “cuerpo-máquina” (p.194), ideología que cada vez se fue difundiendo por cada lugar, por cada mente, por cada cuerpo.

Estos procesos produjeron una separación del individuo con el cuerpo, donde se concibe como un instrumento que hay que dirigir, regular y observar. Como lo expresa Foucault (1997),

Así como la naturaleza, reducida a «Gran Máquina», pudo ser conquistada y (según las palabras de Bacon) «penetrada en todos sus secretos», de la misma manera el cuerpo, vaciado de sus fuerzas ocultas, pudo ser «atrapado en un sistema de sujeción», donde su comportamiento pudo ser calculado, organizado, pensado técnicamente e «investido de relaciones de poder» (Citado por Federici, 2004, p.191).

A partir de esto, se puede ver como la construcción social entre la feminidad y la masculinidad se da de manera diferenciada en la historia y la cultura. Mientras el cuerpo del hombre es definido como un cuerpo fuerte, apto para el trabajo más pesado, sin emociones, etc., el cuerpo femenino, después del siglo XVIII, es definido como un cuerpo vulnerable y propenso a enfermar. Esto, además de definir unos roles sociales, unas prácticas culturales y unas políticas públicas en cuestiones de salud, influye en que el hombre se vea enfrentado a asumir mayores riesgos a los que se ven enfrentadas las mujeres, y que no se dé una mayor preocupación por el autocuidado. Según De Keijzer (2003), en los hombres se fomenta “la agresividad, la competencia y la incorporación de conductas violentas y temerarias en aspectos tan diversos como la relación con vehículos, las adicciones, las relaciones familiares y la sexualidad” (p. 5).

Lo anterior no significa que las mujeres no asuman riesgos, pues, por un lado, la despreocupación del género masculino por la salud propia redundó en que sean ellas, madres, hijas, esposas, quienes asumen el cuidado de sus parientes hombres, debido a la socialización diferencial que se ha dado entre los géneros, donde se define que son las mujeres las encargadas del cuidado

de la salud en el ámbito doméstico, “el autocuidado, la valoración del cuerpo en el sentido de la salud es algo casi inexistente en la socialización de los hombres. Al contrario, el cuidarse o cuidar a otros aparece como un rol netamente femenino (...) La salud y el autocuidado no juegan un rol central en la construcción de la identidad masculina” (De Keijzer, 2003).

Por ende, la manera en que los hombres están concibiendo los riesgos en salud, no solo influyen en su salud propia, sino en la salud de los demás hombres y mujeres. Además, se convierte en riesgo para ellas al tener que combinar las labores domésticas con el trabajo formal o informal, pues hay una contradicción presente en la manera en que las mujeres conciben y se esfuerzan por mantener unos hábitos de vida saludables, y las labores que como “amas de casa” deben realizar para cuidar la salud de su familia.

Las labores domésticas realizadas por las mujeres tales como la limpieza de la casa y la preparación de los alimentos contribuyen al bienestar de la familia como tal, tanto a miembros sanos como enfermos. Según Cardaci (1992), “el trabajo en salud de las mujeres comprende el garantizar un ambiente seguro: una casa cálida y limpia donde los jóvenes y los mayores se encuentren protegidos de peligros y enfermedades y donde se les dé una dieta suficiente en calidad y cantidad para cubrir sus necesidades nutricionales” (citado por Jofré y Mendoza, 2005, p. 38). A esto se le suma la práctica de otros hábitos que son nocivos para salud.

En el caso de las interlocutoras, ellas han tenido que mezclar ambas labores, lo que en ocasiones les ha impedido, entre otras cosas, tener una rutina constante de ejercicio o tener el tiempo suficiente para alimentarse bien diariamente; sin embargo, se trata de mujeres que se encuentran muy interesadas en el tema del bienestar y en mantenerse saludables, esto en cierto sentido es para mantenerse aliviadas y poder cuidar de los demás, pero también se hace por un sentido de amor propio o autoestima y la idea de mantenerse jóvenes y bellas, como se verá a continuación.

Amparo Galvis, como ya se había mencionado, tiene un esposo, una hija de 31 años, un hijo de 29, y un nieto de 16 años de edad. A pesar de que ya todos tienen edades adecuadas para tener un conocimiento y unas herramientas que les permitan gestionar su propia salud y, asumir el autocuidado, es ella quien todavía asume gran parte de esta labor, manteniendo limpio el hogar, las prendas de vestir, cocinando sus alimentos, motivándolos a consumir frutas y verduras, a realizar deporte y a asistir a las consultas médicas. Incluso es quien realiza los trámites en la Empresa Promotora de Salud - EPS - para la atención en salud de su familia.

Al preguntarle a la interlocutora “¿Siente que está al cuidado de la salud de su familia?”, ella responde afirmativamente, expresando que “me interesa el bienestar de todos, sobre todo la alimentación, y mi hijo es muy deportista, le encanta el karate, y mi hija también trotaba. Con el que no he podido es con el nieto, no le interesa nada de eso”; además dice que lo más importante de esta tarea es prepararles una comida saludable, servirles fruta y dejarlas disponibles para que ellos las consuman cuando lo deseen (Amparo Galvis, Enfermera, 59 años).

Ella siempre fue muy buena deportista, pero cuenta que cuando trabajaba casi no podía realizar ejercicio por el tiempo que le exigía su trabajo y los deberes del hogar. Solo hasta hace dos años que dejó su trabajo ha podido retomar este hábito; sin embargo, tiene unos días muy ocupados, lo cual ha hecho que en ocasiones descuide su salud, pues entre todas las labores, el deporte y el descanso se van diluyendo. Otro de los hábitos que ella cree que no le ayudan para su salud es el consumo de grasa, pues en ocasiones lo hace.

Carol, por su parte, es una madre soltera a quien le ha tocado combinar el cuidado de su hijo con las labores domésticas, el trabajo y el estudio. Ella trata de alimentarse muy bien y antes podía realizar ejercicio, cuenta que deseaba recuperar la figura que tenía antes de concebir a Emiliano. Ahora, se le dificulta realizar ejercicio, motivo por el cual ha dejado de ir al gimnasio. En cuanto

a los hábitos que considera no le ayudan en su salud, fuera de no realizar actividad física, es comer en las noches, antes de acostarse. Esta interlocutora considera que no está sana del todo, pues suele enfermarse con sintomatología suave constantemente.

Esto mismo sucedía con Gloria anteriormente, ella no tenía tiempo de realizar ejercicio. Sin embargo, últimamente va al gimnasio dos veces a la semana y ha realizado un esfuerzo por convencer a su esposo e hijo de 11 años de la importancia del mismo, por lo cual ellos dos se han motivado y ahora salen en familia a montar bicicleta dos veces a la semana. La interlocutora manifiesta que no solo lo ha hecho por salud, sino también por estética. Esto además de adquirir un hábito saludable, les permite realizar una actividad juntos, que han ayudado a que Gloria pueda hacer ejercicio, al no tener que quedarse en casa ocupada con otras labores domésticas y de atención a las necesidades. Sobre los hábitos de vida no saludables, manifiesta consumir grasa en ocasiones y alcohol, sin embargo, siente que esto último “aunque es perjudicial para la salud en el modo en que lo hago no me está afectando porque no es diariamente que lo hago” (Gloria Arroyave, Educación Básica, 33 años).

En el caso de Luz Delia, ella tiene un esposo, un hijo de 13 años y otro de 1 año y medio. Todas sus rutinas han cambiado desde que nació su último hijo, pues Sebastián tiene un retraso psicomotor, lo cual ha impedido que su desarrollo sea normal y que Luz Delia deba estar en función de cuidar de su salud, de hacerle terapias, de llevarlo a las citas médicas, de practicarle exámenes y de realizar todos los trámites para acceder a la atención en salud de su hijo. Producto de esto, sus rutinas diarias han cambiado, ahora puede trabajar solo algunos días, algunas veces no tiene tiempo para alimentarse adecuadamente y tiene más poco tiempo para realizar ejercicio.

Patricia es casada y tiene un hijo de 19 años de edad, y aunque debe estar al cuidado del hogar, y en ocasiones deba salir a trabajar, ella ha sabido sacar el tiempo para realizar ejercicio todos los

días, incluso cuando no lo hace es por deseo propio y no porque tenga que postergarlo por otra labor. En cuanto a los hábitos que no le ayudan en su salud son “de pronto tomar café, que aquí se toma mucho por el frío; tomar trago, porque si uno toma trago un sábado el domingo no puede ir a montar en bicicleta; el trasnochar que aquí también se trasnocha mucho” (Patricia García, Terapeuta Física, 42 años). Como se lee en su comentario, uno de los motivos por los que considera que consumir alcohol puede afectar su salud es porque puede entorpecer su rutina diaria de ejercicio.

A partir de lo anterior, puede verse que estas mujeres consideran como comportamientos riesgosos ciertos hábitos de vida no saludables, son recurrentes el no realizar ejercicio de manera constante y el consumo de grasas, también aparece comer en las noches o en exceso, tomar café, trasnochar, e ingerir licor.

Estas mujeres, en general, reconocen cuáles son las prácticas que pueden ser benéficas para su salud, tal como se pudo ver en los apartados anteriores, pero a pesar que se reconozcan, estas no son adoptadas en su totalidad. Ello se debe a que cuando se habla de estilos de vida saludables y promoción de la salud hay que tener en cuenta ciertos determinantes individuales y sociales que favorecen o limitan la toma de decisiones en salud. Para Giraldo *et al.* (2010), existen unos factores internos que dependen de la voluntad de las personas y otros factores externos que dependen del contexto en el que estas se encuentran y las políticas del estado. Los factores internos son el conocimiento, las experiencias personales, los valores, las concepciones o creencias y motivaciones. Y los factores externos son el entorno o contexto, las políticas públicas y los servicios de salud; pues aunque haya el conocimiento y la voluntad para adoptar o potenciar un comportamiento saludable o cambiar una conducta nociva para la salud, muchas personas “no

tienen las oportunidades económicas, sociales y educativas necesarias para llevar a cabo esta conducta” (p.133).

Una de las limitantes educativas y sociales para que las mujeres puedan ejercer los estilos de vida saludables, es la división sexual del trabajo entre los miembros de la familia, que está basada en una socialización histórica diferenciada que se hace entre hombres y mujeres. Las mujeres son quienes se encargan de las labores domésticas, mientras los hombres son quienes proveen los bienes materiales para el sustento familiar. Es así como desde la unidad familiar aún se sigue perpetuando el rol de las mujeres como cuidadoras,

La función social, educativa, laboral y de poder de la familia ha sido determinante en la perpetuación del rol de cuidadora asumido por la mujer, en su gran mayoría en calidad de esposa, hija o madre; rol asignado desde la división sexual del trabajo cuya organización está centrada en diferencias de género; rol reproductivo de la mujer basado en relaciones del afecto y actividades domésticas, dentro de la estructura familiar y rol productivo en el hombre y hegemónico en la dinámica económica familiar (Vaquiro y Stiepovich, 2010, p. 5).

De modo que aunque los roles se han modificado, son las mujeres quienes además de realizar las labores domésticas, deben entrar a las lógicas del trabajo formal para ayudar al sustento familiar. Lo cual se convierte en una carga para ellas, pues deben buscar la manera de unir las dos labores: la doméstica, que cobija el cuidado de la salud de sus familias con el trabajo remunerado. Lo que se percibe es que aún “entre el mundo del trabajo y el mundo de la familia más que conciliación y compatibilización hay hoy una relación de contradicción, cotidianamente experimentada” (Soler, 2002, p. 41).

En ese sentido, a pesar de que se haya insertado a las mujeres en una lógica laboral, la familia no se dividió el trabajo como debería ser, sino que se le delega ambas labores a la mujer. Esto ha

hecho que las mujeres descuiden su salud propia, generándose así una enajenación de la vida de las mujeres donde su cuerpo se convierte en un cuerpo colectivo, es decir, con la disponibilidad para atender las necesidades en su familia. Sin embargo, el trabajo doméstico también puede ser necesario en la división del trabajo, este debe ser reconocido como una forma de trabajo y no como un deber natural de las mujeres.

En este caso en particular, puede verse que estar al cuidado de la familia y de los hijos, si bien ha limitado el tiempo de las interlocutoras para cuidarse, estas consideran que para poder cuidar de los demás, también deben cuidarse a sí mismas. Además, el cuidado de los hijos es un escenario propicio para aprender no solo teóricamente, sino también desde la praxis sobre la salud, el cuidado y el autocuidado; de manera que estas mujeres están demandando gran cantidad de información sobre salud. Presentándose así un cambio con respecto a las generaciones anteriores, que sacrificaban su vitalidad por el bienestar de sus familias, ahora estas madres son más conscientes de que cuidándose ellas mismas pueden brindar un mejor cuidado a los demás. Este cambio generacional también ha estado muy marcado por discursos mediáticos acerca de la belleza y el estilo fitness es decir, aquel estilo de vida que propone ciertas prácticas hegemónicas de deporte y nutrición para mantener un “cuerpo bello, saludable y sexualmente atractivo” (Vilodre, 2008, p.10).

Para finalizar, todos estos factores que hacen que las condiciones de las personas sean tan particulares, permite entender por qué aunque las mujeres tengan el conocimiento sobre los estilos de vida saludables y, en general sobre la salud, pueden adoptar conductas poco sanas o riesgosas para su bienestar y el de otros. De modo que si bien es de gran importancia informar y educar en salud, también se hace necesario promover unas políticas saludables integrales para mejorar las condiciones de vida de las personas, que tenga en cuenta como un factor central la cultura, ese

sello diferenciador de los procesos de cada ser humano, como ser biológico y social, que no percibe, interactúa o se mueve de la misma manera en el mundo.

6.2.4. Fuentes en salud: lugares de donde las mujeres extraen información sobre salud

Las amas de casa entrevistadas han construido y siguen construyendo su conocimiento en salud, a partir de varias fuentes, pero todas tienen en común dos fuentes: sus madres o, en su defecto, alguna otra mujer, y la televisión. De modo que se sigue reforzando aquella idea de que son las mujeres las que comparten este tipo de conocimientos con los demás, sobre todo con su círculo más cercano que es la familia, además de heredarlo a sus hijos y principalmente a sus hijas.

Amparo manifiesta que su primer fuente en salud, sobre todo en cuanto a la medicina popular, fue su madre; luego ha ido aprendiendo otras cosas en la televisión sobre ese mismo tema: “Mi mamá me enseñó y en la televisión he aprendido en el doctor O.Z por ejemplo para desinflamar dicen que la miel de abeja con el repollo. Usted se aplica la miel de abeja ahí y se coloca la hoja de repollo encima, el jengibre para la ucítis, para la garganta el jengibre, el sidrón para la ansiedad, la mejorana...”. En cuanto a la medicina occidental, lo aprendió estudiando al ser promotora de salud rural. Estudió en el Sena y ejerció la enfermería durante muchos años, también en la televisión y una tercera fuente es la interacción con las demás personas como vecinas, compañeros y compañeras de trabajo, “Uno aprende mucho donde vaya, en la televisión y con las personas hablando; a mí me dijeron el boldo es bueno para el colon y me lo tome y si efectivo” (Amparo Galvis, Enfermera, 59 años).

Carol cuenta que sus fuentes en salud han sido los consejos de su madre y de otros integrantes de la familia; de los nutricionistas y los médicos que ha visitado; y los medios de comunicación como el internet, los programas televisivos de salud, artículos y libros. Gloria, por su parte, dice

que lo que sabe sobre salud lo ha aprendido de su madre, de lo que ve en televisión, lo que escucha ocasionalmente en la radio y lo que lee en revistas y artículos, tal como lo cuenta en su historia de vida. Luz menciona como fuentes el colegio, las revistas, la televisión y las dueñas de las casas o fincas donde ocasionalmente trabaja, quienes tienen unas costumbres alimenticias más saludables, según la interlocutora.

Patricia menciona como fuentes a su hermana, con quien comparte de manera constante recetas y tips saludables, el colegio en el que estudió y la formación que ha tenido en diferentes medicinas occidentales como la terapia física y otras alternativas. En sus palabras, “A raíz de que yo estudié masoterapia China, hice también los cursos de reiki, que es una terapia de relajación, y hacía también yoga, ahí le enseñan a uno mucho cómo alimentarse y le enseñan a meditar y hacer mucho ejercicio, entonces a raíz de eso, aprendí mucho (...) yo maneje esencias florales, cuando trabajé con los bionergeticos, entonces de ahí también aprendí mucho” (Patricia García, Terapeuta Física, 42 años).

En estas fuentes en salud también son mencionados algunos sistemas médicos, como el sistema biomédico representado en este caso por médicos y nutricionistas, el alternativo representado por los bioenergéticos y el sistema doméstico, representado por las madres u otros miembros de la familia. A continuación se describirán los diferentes sistemas médicos y los que las entrevistadas utilizan en el cuidado o restablecimiento de la salud.

6.2.5. Sistemas médicos presentes en el proceso de salud y enfermedad de las mujeres

Al pensar en los sistemas médicos se piensa en un aspecto derivado de una cultura, en unas prácticas particulares que representan aspectos culturales y que se encuentran dentro de culturas específicas, estos sistemas médicos “se rigen en su estabilidad y dinámica por los mismos

principios que gobiernan a las demás” (Gutiérrez, 1985, p.7). De esta manera, los sistemas médicos se entienden como elementos culturales en relación con los demás elementos estructurales de una sociedad.

Los sistemas médicos, o sistemas de salud, son el conjunto de “creencias, conocimientos, actitudes y prácticas alrededor de los problemas de salud/enfermedad” (Citarella y Zangari, 2009, p.75). En ellos se encuentra el entendimiento que cada cultura ha tenido frente a sus circunstancias particulares, son explicados por medio de sus propias cosmogonías y reflejan los imaginarios que estas culturas han construido acerca de su entorno. De entrada, esta explicación de lo que son los sistemas médicos elimina la posibilidad de un solo sistema válido para el entendimiento de la salud/enfermedad queda abierto el paso y la validez para sistemas que son subalternos o periféricos a la realidad de occidente.

Según los autores Langdon y Wiik (2010) hay dos dimensiones en las que operan estos sistemas: en la primera “resalta la dimensión simbólica del entendimiento que se tiene sobre salud e incluye los conocimientos, percepciones y cogniciones utilizadas para definir, clasificar, percibir y explicar la enfermedad”, ésta es llamada sistema cultural de la salud; y una segunda dimensión, llamada el sistema social de salud, consiste en “aquel que está compuesto por las instituciones relacionadas a la salud, a la organización de papeles de los profesionales de la salud que en él participan, sus reglas de interacción, así como las relaciones de poder inherentes a éste” (p.183).

Se tiene entonces que los sistemas médicos están notablemente clasificados. Estos se clasifican desde la posición occidental y científica, referenciando el propio sistema médico frente a los otros. Además reciben diferentes nombres, dependiendo del investigador que los estudie, sin embargo, en esencia se puede inferir que se refieren a lo mismo. Se encuentran clasificados así:

Sistemas médicos tradicionales o sector folclórico: se comprenden en estos “las medicinas tradicionales, indígenas y alternativas.”(Citarella y Zangari, 2009, p.80). La validez de estos sistemas reside en la confianza que la comunidad tiene en ellos, lo que resalta el poder de la eficacia simbólica y se reproducen sobre dos propuestas “una modalidad curativa sagrada (mágico - religiosa) y otra basada en principios naturales” (Gutiérrez, 1985, p.6). Resulta importante que en los procesos de salud/enfermedad, además de la intervención del sujeto paciente y el médico, intervenga la familia o la comunidad. Para estos sistemas “Los agentes médicos tienen distintas tipologías: chamanes, curanderos, naturistas, curadores de huesos, parteras, etc” (Citarella y Zangari, 2009, p.81), y este conocimiento se obtiene por transmisión oral.

Sistema de medicinas populares, sistema de salud doméstico o sector popular: este tal vez es el que resulte más complejo de analizar, ya que se legitima en la “propia experiencia y de la apropiación de las prácticas médicas a partir de la observación” (Citarella y Zangari, 2009, p.82) de la comunidad o la familia. Existe en la tendencia al modelo de “autoatención”, combina tratamientos de otros sistemas médicos y “es la primera intervención terapéutica a la que se recurre en un amplio número de culturas” (Gutiérrez, 1985, p. 4). Se puede entender también cómo “cuidado lego o cuidado profano” (Haro, 2000, p.101). Y reúne los procesos que van desde el cuidado de la salud hasta la atención en la cuidado en la enfermedad. Esto “resulta central para el funcionamiento de todas las formas de atención a la salud” (p.105) ya que la confianza es la que garantiza la eficacia de los tratamientos que influyen en la salud.

En el núcleo del sistema de medicinas populares podemos encontrar tres maneras de actuar sobre la salud/enfermedad: autocuidado, autoatención y autoayuda. Estas se refieren principalmente a maneras de actuar desde el individuo, desde el espacio doméstico y engloban gran cantidad de comportamientos, desde actividades de asistencia diarias que ya están

naturalizadas en los individuos (comer, ducharse, hacer deporte, etc.) pasando por automedicación e incluso por la participación en grupos sociales de apoyo.

Es oportuno en este espacio realizar una diferenciación de los términos autocuidado, autoatención y autoayuda, y para esto se entenderá autocuidado como “referido al individuo y a sus prácticas domésticas cotidianas de promoción de la salud” (Haro, 200, p.119); autoatención “que implica las conductas activadas en caso de ruptura del bienestar” (p.119); autoayuda como “redes sociales difusas para referirse a iniciativas civiles organizadas en las que rige un carácter autogestionario, institucionalizado al margen de los organismos médicos profesionales y gubernamentales” (p.119) que buscan ayudar a tratar condiciones a modo de apoyo con los individuos de manera grupal (Alcohólicos anónimos, por ejemplo).

Es necesario tener en cuenta que estas maneras “aluden al campo de los cuidados que no son otorgados por profesionales sanitarios, tanto los procedentes de la medicina como de las formas alternativas” (Haro, 2000, p.111), sino que se fundamenta principalmente en conocimientos populares y experiencias, y se trata, según Menéndez, de “una apropiación sintética de saberes de diferente origen y extracción” (Citado en Haro, 2000, p. 117). Además activa relaciones dentro de las redes sociales que validan estos hábitos. Dentro de este sistema popular, el rol de la mujer es bastante importante en esta construcción de asistencia a la salud, ya que sobre ella recae “el cuidado de los hijos, el aseo doméstico, la selección y preparación de alimentos, entre otras tareas” (Haro, 2000. P. 104), tal como se ha visto anteriormente.

Sistema médico occidental o sector profesional: este es el sistema que se enmarca en las políticas de expansión en el mundo moderno. Se preocupa fundamentalmente por la concepción biológica de los procesos de salud/enfermedad, “sólo considera el cuerpo, sin que existan espacios como el alma o el espíritu, y el progreso científico es su motor de avance.” (Citarella y Zangari,

2009, p.79). El sujeto que representa este sistema es el médico, título que se consigue necesariamente mediante la institución académica que lo valida. La especialización científica que tiene grandes avances en la medicina, resulta también en una especialización del lenguaje, lo que plantea problemas considerables como “relación médico-paciente extremadamente asimétrica” (p.79).

Sistema médico doméstico

Es importante hacer un énfasis en este sistema, al ser el primer nivel de atención y en el cual las interlocutoras tienen mayor incidencia. El sistema doméstico ha sido llamado de diferentes formas como sistema de autoatención o medicina casera. Se caracteriza por ser practicado en el ámbito privado como lo es el hogar y el microentorno en el que este se encuentra, es decir, es practicado en el ámbito familiar, pero también se extiende a lo colectivo por medio de relaciones de vecinazgo y, en su mayoría, entre mujeres, especialmente, amas de casa.

En las dinámicas de vecinazgo en torno a la salud, según las conversaciones con mis interlocutoras, además de las vivencias y observaciones propias, se da una relación de sororidad, es decir, de solidaridad o colaboración entre las mujeres en búsqueda de la solución a diversas problemáticas personales y familiares, entre ellas la salud, donde las mujeres comentan sus saberes a las demás vecinas acerca de enfermedades, plantas y medicamentos que según las fuentes y experiencia de cada una, ha servido para curar algún malestar o enfermedad, sin tener que acudir al sistema médico occidental o alternativo.

Una de las interlocutoras, Amparo, como se relató anteriormente, tiene como profesión la enfermería, labor en la que se desempeñó durante un largo tiempo y que le ha permitido conocer tanto enfermedades como tratamientos y curas. Pero no solo tiene conocimiento acerca de la medicina occidental, también conoce la medicina popular, y más específicamente la medicina

doméstica o casera. De modo que para atender su salud propia y la de su familia, ella acude a los brebajes o bebidas caseras realizadas a partir de plantas medicinales, además de fármacos de los que conoce su efecto en el cuerpo. Esto no solo lo deja como conocimiento para sí misma y su familia, sino que se extiende a las personas cercanas de su comunidad, tal como lo relata:

Sí, ellos me preguntan y yo les respondo lo poco que sé, que “tengo esto”, yo les digo “esto es bueno por esto y por esto”. Sobre todo me preguntan cuándo están indispuestas “¿Qué puedo hacer, qué puedo tomar?”, en fin. -¿Normalmente quiénes son mujeres u hombres?- Mujeres, hombres muy poquitos (Amparo Galvis, Enfermera, 59 años).

Puede leerse en el testimonio de Amparo que ella comparte el conocimiento que tiene con sus vecinas y recomienda qué hacer en cada caso, siempre y cuando esté segura de saber sobre el tema. Además de dar la “receta”, ella se da a la tarea de explicar cómo funciona y por qué. Amparo realiza otras acciones como aplicar inyecciones en su casa cuando las personas le piden el favor de hacerlo. Es importante mencionar que ella no lo hace como negocio, sino que lo hace de manera solidaria. También, al preguntarle con quiénes comparte esa información, responde que con las mujeres, lo que es una de las características del sistema de salud doméstico,

Mientras los saberes femeninos se basan (...) en un saber que circula, que pasa de generación en generación o entre mujeres iguales y, por lo tanto, es un conocimiento compartido, el saber del poder permanece cerrado en sí mismo. Es un saber hermético, que sólo se aprende en el interior del marco institucional y que se reserva únicamente a los hombres mediante un sistema universitario institucionalizado, oficial y legal... (Cuadrada, 2014, p. 243)

En la cita anterior se puede analizar cómo los saberes femeninos se comparten y, por lo tanto, circulan. Se trata de conocimientos más abiertos que los de la esfera biomédica, que son conocimientos disponibles para quienes pueden acceder a una educación superior o a un sistema

de salud y, por consiguiente, no se encuentran disponibles en la cotidianidad, si no que las personas deben acudir a una consulta médica.

Como se analizó en el apartado de “Relación histórico política de la relación mujer salud”, históricamente se ha relacionado a la mujer con la salud, una relación que se ha naturalizado más profundamente hasta los movimientos feministas de los años setentas y ochentas del siglo pasado que se han encargado de reflexionar y cuestionar esta responsabilidad que se le ha delegado a la mujer, pero que aún está presente en la actualidad, como lo expresa Esteban: “... en los últimos años las teorías esencialistas de las diferencias entre hombres y mujeres no solo se han agotado sino que han surgido nuevas explicaciones para las mismas, y el ámbito de los cuidados es especialmente propicio para ello” (2003, p. 7).

Esa naturalización ha estado determinada por las instituciones familiares, religiosas, educativas, políticas, los servicios de salud y los medios de comunicación, que se han encargado según Vaquiro y Stiepovich (2010) de la socialización de la mujer, razón por la cual la mujer asume este rol “como un compromiso moral, natural, marcado por el afecto, socialmente a un costo alto, definido como responsabilidad, tarea impuesta, deber sancionable no valorada, ni remunerada, hasta el momento en que estos cuidados no son asumidos” (p. 12).

Zolla (1996) explica que el sistema de salud doméstico se caracteriza por:

Es el primer ámbito social en donde se hace una evaluación del daño a la salud y de los niveles de bienestar (...) Se estructura como un sistema formado por: Conceptos, creencias y prácticas dentro del proceso salud/enfermedad/curación (...) No constituye una oferta pública de servicio y sus agentes no son terapeutas socialmente reconocidos (...) Se ubica como el espacio para la toma de decisiones relativas a la atención casera o a la canalización del enfermo hacia los sistemas médicos (...) Su quehacer además de incluir actividades preventivas y curativas, incluye conceptos y

prácticas respecto de alimentación, nutrición, higiene, saneamiento básico, educación, recreación, etc. (...) Crea una vinculación y síntesis con los otros [Sistemas de salud o modelos de atención]
(Citado en Mosquera, 2006, p.60)

Este sistema de salud doméstico se caracteriza por ser el nivel primario e inmediato de la atención en salud, por la relación que tiene con otros sistemas médicos como el biomédico, el alternativo, el tradicional, etc. Sus practicantes no cualifican sus conocimientos en el ámbito de la salud, pues en realidad no tiene tanta importancia el fundamento científico de los remedios y tratamientos, si no la eficacia de estos. Además es un conocimiento que se hace necesario para aquellos que no tienen los recursos materiales, ni la posibilidad de acceder al sistema de salud (Mosquera, 2006).

Se trata de un conocimiento heredado de generación en generación, predominantemente por línea materna, y las mujeres mayores tienen gran importancia en la dinámica del sistema de salud doméstico al ser el “repositorio” de la información y las responsables de heredarlo a sus descendientes. Este punto es importante en la medida en que actualmente en este sistema de salud ha cobrado más importancia los conocimientos biomédicos que los tradicionales, y sobre todo la automedicación en las mujeres más jóvenes. Carol, la mujer más joven entre las interlocutoras, no cree en las plantas pero sí conoce los efectos de algunos fármacos para los malestares o dolencias comunes,

Depende que tan mal me sienta. Tampoco soy amiga de automedicarme mucho, pero por ejemplo si sé que tengo un dolor de cabeza me tomo una aspirina y si estoy muy mal que el dolor de cabeza me tiro a la cama, trato de pedir una cita médica, una gripa, normalmente me la cuido acá en la casa, o sea, depende del grado de la enfermedad, muy rara vez me automedico (Carol López, Bachiller Académico, 22 años).

En la cita se puede leer como predomina la utilización de algunos fármacos y la incredulidad en las plantas o bebidas naturales. A esto se le conoce como “automedicación”, una práctica que es común entre las demás interlocutoras. Amparo, Gloria y Patricia, se automedican cuando sienten malestares comunes, además han recomendado a otras personas medicamentos de venta libre, como acetaminofén o dolex, y Amparo por su conocimiento se atreve a recomendar algunas cosas más.

Patricia expresa que “ese es el peor error que cometemos todas las mujeres, nos automedicamos de pereza de ir al médico, y los remedios [caseros] no sirven” (Patricia García, Terapeuta Física, 42 años). En el caso de Luz Delia, ella dice que no se automedica pues considera que debe ser el médico el que recete las pastillas para cada enfermedad porque no todos los organismos reaccionan de la misma manera frente a los medicamentos (Luz Delia Carmona, Bachiller Académico, 39 años).

La automedicación hace parte de la autoatención, que hace referencia a al grupo de conceptos, creencias y prácticas “... que la población utiliza para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención de curadores profesionales...” (Menéndez, 1992, p. 2, 6). Aunque tenga influencias del sistema médico occidental y del alternativo, no implica autorización, seguimiento, control o veeduría por parte de estos.

La autoatención cuenta con diversas críticas, provenientes principalmente del sistema biomédico, por ser un modelo que al ser el primer nivel de atención, retrasa la atención del sistema biomédico. Además, a su vez, este reemplaza las ausencias del sistema biomédico que no puede proveer atención de calidad en salud, por lo cual se convierte en necesaria pero puede ser contraproducente, pues si las personas se siguen atendiendo en las casas y no se propende por una

mejor atención, el sistema seguirá imponiendo las mismas lógicas bajo las cuales ha venido funcionando.

En el itinerario terapéutico, es decir, el mapa de atención en salud, es posible hallar uno, dos o más sistemas médicos que se activan según las necesidades, padecimientos y posibilidades, y que pueden coexistir en la misma ruta de atención. Esto es a lo que se le conoce como “Pluralismo médico”, término acuñado por Eduardo Menéndez (2005) para explicar la manera como los diferentes conocimientos y sistemas de salud se sincretizan, definiendo las diferentes etapas que las personas establecen para restablecer su salud. Este se define como: “La capacidad que los grupos tienen (incluidos los subalternos) para utilizar indistintamente y en más de una forma, la posible solución o atención de sus padecimientos”, (Menéndez, 1994, p.20. Citado en Mosquera 2006, p.58)

El pluralismo médico se entiende, entonces, como la coexistencia de los diferentes sistemas médicos o sistemas de salud, que se encuentran en el mapa de atención y/o autoatención en salud. Son las personas quienes construyen sus modelos de atención, y como lo explica Mosquera (2006),

En esa construcción intervienen diversas orientaciones e intereses de distintos sectores sociales, como por ejemplo los saberes y las prácticas populares, las políticas estatales, las opiniones y racionalidades del Sistema Médico Estatal que son distintas a la de los dueños de farmacias, las organizaciones no gubernamentales, el grupo de profesionales médicos y grupo de terapeutas tradicionales. Razón por la que se manifiesta la existencia de una amalgama de técnicas, terapeutas e instituciones, por ello la técnica y el conocimiento han originado la especialización de terapeutas específicos (...) La propuesta pluralística de Menéndez se basa en proponer no sólo sistemas de atención diversos, sino que se expande en las esferas socioculturales, económicas, políticas e ideológicas. (p. 57).

Como se mencionó anteriormente, estos sistemas médicos pueden ser utilizados de diferentes maneras dependiendo de las necesidades y costumbres de las personas, motivo por el cual es necesario describir en el siguiente apartado las rutas de acción que siguen las personas en la gestión de su salud, en las que se puede identificar la activación de saberes, prácticas, redes sociales y sistemas de salud que operan en el individuo de manera lineal o simultánea.

6.2.6. Itinerarios terapéuticos

Hablar de Itinerario terapéutico es referirse a las acciones concretas que cada individuo en cada comunidad toma en lo referente a la salud. De acuerdo con Kleinman y Psordas (1993) el itinerario terapéutico consiste en la secuencia de actividades que los pacientes o sus familiares realizan para solucionar el problema de salud, y constituye un importante indicador de los recursos materiales, sociales y culturales de las familias.

Dichas acciones, entendidas como etapas, componen la ruta a seguir que los individuos asumen dentro del proceso de salud y enfermedad. En él se logran identificar cómo y cuándo se activan los diferentes saberes, prácticas, redes sociales y sistemas de salud que operan en la realidad de cada individuo. La relación entre estas etapas puede mostrarse de manera lineal, circular o simultánea, hecho que se establece como insumo para el análisis del funcionamiento de los sistemas, evidenciando los roles que representa cada agente y las tensiones entre el aspecto micro y macro (estructura) que caracterizan el contexto social de la sociedad (Menéndez, 2005). A continuación se describirán los itinerarios terapéuticos de las interlocutoras entrevistadas:

En el caso de Amparo su itinerario terapéutico se encuentra dividido en dos, cuando tiene sintomatología suave y cuando tiene una sintomatología grave. Cuando es una enfermedad leve, se automedica con un medicamento que ya conoce o se toma una bebida de plantas o brebaje “Si

Acetaminofén o un diclofenaco ahí para cualquier dolor pero no más (...) yo sé que para el dolor de estómago esta la manzanilla, la hierba buena el apio. Pero el Boldo si lo utilizo para el colon, yo creo mucho en las plantas" (Amparo Galvis, Enfermera, 59 años). En caso de sentirse gravemente enferma, no duda en consultar al médico de la EPS "Me recuesto, si sé que es un malestar así bobito me tomo dos acetaminofén y me recuesto, cuando es algo más grave me voy para el médico" (Amparo Galvis, Enfermera, 59 años).

El itinerario terapéutico de Carol es en caso de enfermedad suave, se acuesta, a veces se automedica, con un medicamento de venta libre y suave. En caso de enfermedad grave acude a una cita médica a la EPS. No está muy de acuerdo con automedicarse, ni con tomar bebidas, pues dice que no cree mucho en esto.

En el caso de Gloria, cuando tiene una enfermedad leve, simplemente se automedica con medicamentos de venta libre, en caso de ser un poco más grave, pide ayuda a su mamá con las plantas, para saber que bebida tomarse. En caso de sentirse muy mal y que la automedicación no le haga efecto, consulta a un médico particular, pues busca que la atiendan en la menor brevedad debido a que si los demás medicamentos no le han hecho efecto es porque ya los síntomas son realmente graves.

Luz Delia no cree en la medicina popular. Cuando ella se siente indispuesta se aguanta los síntomas, no es muy muy amiga de la automedicación, ni de los brebajes. Simplemente cuando se siente un poco más enferma va al médico de la EPS y, en ocasiones, consulta a un médico particular. Al preguntarle ¿Qué hace cuándo se siente indispuesta o enferma?, ella responde, simplemente: "Ir al médico."

El itinerario terapéutico de Patricia se divide en dos: cuando está indispuesta acude al uso de plantas medicinales (ella se describe como “muy yerbatera”); y como segunda opción se automedica con acetaminofén. Piensa que eso no está bien, pero prefiere hacerlo antes de acudir al médico, y por último si la enfermedad se agrava acude a un médico particular, pues manifiesta que no le gusta esperar las citas de la EPS. En sus palabras: "Si es pasajero me tomo uno o dos acetaminofén, y me acuesto, y si no entonces voy al médico, si no voy a la EPS porque lo ponen a uno ahí a esperar citas, voy a un médico particular, allí donde Garcés, y él le manda a uno alguna cosa y ya" (Patricia García, Terapeuta Física, 42 años).

Puede verse en estas historias se puede analizar la manera cómo las personas gestionan su salud, y el pluralismo en los sistemas médicos que intervienen en ese mapa descrito. Interesa en esta parte, el énfasis en el sistema médico doméstico, como ese primer nivel de atención al que todas estas mujeres acuden, en ese ámbito de lo privado, en donde se construyen y aplican los saberes heredados y aprendidos en la vida cotidiana y en su quehacer como “amas de casa”, a cargo del bienestar de los integrantes de su familia. Además del sistema doméstico, se encuentra el sistema biomédico, como punto común en las rutas de atención de todas las interlocutoras, bien sea como primer o último nivel de atención.

6.2.7. A modo de cierre...

En este capítulo se logró avanzar en la manera como las mujeres se relacionan actualmente con la salud. Se mencionaron las prácticas que ellas realizan para estar saludables, así como aquellas que consideran que pueden afectar su salud, lo cual da cuenta de la amplitud de sus nociones de salud. Además se mencionó la manera cómo ser mujeres, pero sobre todo madres les ha permitido aprender desde la práctica sobre el cuidado de la salud y los retos a los cuales se han visto avocadas como usuarias del sistema de salud colombiano. Asimismo se identificaron las fuentes de donde

extraen la información en salud, tales como los diversos sistemas de salud que están presentes en las rutas de acción para atender su salud; sus madres u otras mujeres cercanas; y los medios de comunicación como la televisión.

Sobre la televisión se hablará en el capítulo siguiente, debido a que es una de las fuentes de información en salud más importante para estas mujeres. Allí, se relatarán las historias de vida televisivas de las interlocutoras y el papel de los programas televisivos en salud, en la gestión de la salud propia, familiar y colectiva.

6.3. Capítulo 3: Relación televisión, mujeres y salud

“Resulta importante recalcar que la comunicación mediática posee una dimensión simbólica irreductible: se ocupa de la producción, almacenamiento y circulación de materiales significativos para los individuos que las producen y las reciben”

(Thompson, 1997, p. 26)

Para Thompson, a partir de la interacción con los medios, emergen nuevas formas de relacionamiento e intercambio de información y conocimiento entre los seres humanos, los medios de comunicación juegan un papel central como productores y reproductores de sentidos que pone en circulación entre quienes producen los contenidos y quienes reciben esa información. La televisión es uno de esos medios que ha tenido una fuerte influencia en las vidas e imaginarios de los individuos, desde su creación y posterior consumo masificado.

Las Ciencias Sociales, y particularmente la antropología, ha estudiado cómo la televisión puede impactar y reconfigurar la cultura, al proveer un esquema de interpretación del mundo (Abu-Lughod, 2006), al ser un instrumento que permite tanto reflejar la realidad como crearla. Como es expresado por Bordieu "...la televisión, que pretende ser un instrumento que refleja la realidad, acaba convirtiéndose en instrumento que crea realidad. Vamos cada vez más hacia universos en que el mundo social está descrito-prescrito por la televisión. La televisión se convierte en el árbitro del acceso a la existencia social y política", (1997. p.28). De ahí que se conciba que la televisión tiene dos potenciales, uno, como reproductora de ideologías, otro, con poder de ejercer un papel democrático (1997).

Actualmente, el sistema de salud colombiano, se encuentra inmerso en una crisis estructural, a partir de la Ley 100 de 1993. Esto se debe a la privatización del sistema, las falencias en la atención en salud de la población y el sinnúmero de casos de corrupción que han salido a la luz en el último tiempo (Vélez, 2016). A partir de este panorama, la televisión podría ejercer un rol fundamental, en la información y formación sobre decisiones individuales y colectivas que estén en pro del mejoramiento de la salud (Díaz, 2011).

Siguiendo los planteamientos anteriores y teniendo en cuenta que si comprendemos el lugar de la comunicación como lo hace Martín Barbero "en una sociedad en la cual el conocimiento y la información han entrado a jugar un papel primordial, tanto en los procesos de desarrollo económico, como en los procesos de democratización política y social" (1999, p. 6) podemos vislumbrar la tv como medio propicio para transmitir información sobre salud al tener gran potencial comunicativo para informar de manera adecuada, o no, acerca de la salud. Además, la televisión, como ya se mencionó, "es una herramienta particularmente potente, ya que llega a las personas más pobres y menos educadas". (Parra; Guadalupe, 2004. p. 9).

En la televisión nacional, es común que actualmente se produzcan diversos programas con contenidos en salud, presentados en diferentes géneros y formatos, e incluso, las audiencias demandan cada vez más este tipo de contenidos. Lo cual se debe, en parte, a que el sistema de salud no puede satisfacer las necesidades y problemáticas en salud de los colombianos. En consecuencia, esta información no está al alcance del común de la población (Agudelo, 2016). De manera que se le ha delegado a la televisión esa responsabilidad que no está asumiendo el sistema de salud.

Ahora bien, como lo demuestra Agudelo en su tesis doctoral (2016), no hay estudios de recepción televisiva en salud en el país que puedan dar cuenta de la manera cómo los programas de salud impactan en las apropiaciones de los mensajes, es decir, la manera cómo las personas están integrando esta información en sus vidas y cuáles son los factores presentes en ese proceso de interacción con la Tv, de manera que se pueda determinar el impacto de estos contenidos en las vidas e imaginarios de las audiencias.

Y si bien los mensajes que se circulan por la Tv, pueden llegar a cualquier persona que tenga acceso a este medio, los programas de televisión en salud están enfocados en las mujeres (Agudelo, 2016). Pues como se vio en capítulos anteriores, el cuidado de la salud históricamente ha sido un deber moral de esta población. Incluso, como se mencionó con anterioridad, una de las fuentes que las mujeres tienen para informarse sobre salud es precisamente la Televisión.

Así pues, este capítulo se centrará en la manera como las cinco interlocutoras entrevistadas se relacionan con los contenidos televisivos de salud, analizando las mediaciones que intervienen en este proceso, es decir, la articulación de factores subjetivos y socioculturales que configuran la manera como estas interlocutoras interactúan y apropian los contenidos de los programas de salud.

Esto con el fin de determinar la incidencia de la televisión en salud en la gestión de salud propia y colectiva de estas televidentes.

La estructura de este capítulo está pensada de la siguiente manera: la primera parte donde se exponen los estudios y teorías que han sido importantes en la comprensión de los medios y las audiencias, pasando por las teorías de la recepción y las mediaciones. Por último, se hace un breve recorrido por los estudios realizados en Colombia. Esto con el objetivo de definir ideas y conceptos que han sido importantes en el análisis de la recepción televisiva en salud que realiza el estudio.

Además, cuenta con una segunda parte donde se describen las rutinas diarias de las cinco interlocutoras y el lugar de la televisión en la vida cotidiana; identificando antecedentes, rituales, televisión, expectativas educativas y relación con la televisión en salud como una de las temáticas que hacen parte de las parrillas de programación de las televidentes. Para pasar a analizar la interacción de estas mujeres con los programas vistos y la apropiación de los contenidos televisivos en salud. Esto dará paso a una reflexión en torno al papel que está desempeñando la televisión en salud en la gestión de salud propia y colectiva de la población sujeto de estudio.

De esta manera, se comenzará con un pequeño contexto acerca de las teorías y estudios de recepción realizados, previo a entrar en materia con los demás temas propuestos.

6.3.1. Medios, audiencias y la recepción: algunos estudios y teorías

En este apartado se mencionarán aquellas teorías de medios, audiencias, recepción y mediaciones, así como los principales conceptos en los que se basa el análisis sobre la recepción que realizan las interlocutoras de los programas de salud vistos con ellas. Estas teorías derivan de un giro que se dio de aquellas teorías normativas y macro, hacia el estudio de las audiencias. Las teorías normativas, son aquellas que realizan un análisis acerca del deber ser de los medios,

mientras las teorías macro analizan más sistemáticamente la interacción entre medios, sociedad e instituciones. Hacen parte de las teorías macro, el funcionalismo; el positivismo; las teorías crítico-democráticas, tales como la teoría crítica, la teoría crítico-cultural, la teoría estructuralista y la teoría crítico-político-económica; los Estudios crítico culturales; la teoría de desarrollo con los medios; y la teoría de la sociedad de la información; entre otras (Martínez, 2006).

A grandes rasgos, los primeros estudios acerca de los medios estuvieron muy influenciados por la corriente funcionalista, que confería un poder de influencia ilimitado de los medios sobre las personas. Uno de los principales teóricos de esta corriente fue Lasswell (1948), quien sostenía que los medios tenían unos efectos inmediatos en el comportamiento de las audiencias (Citado en Martínez, 2006). Posteriormente fue de gran importancia la corriente marxista con conceptos como hegemonía e ideología. Según Gramsci (1968), la hegemonía se trata de un poder coercitivo que se impone a la sociedad pero que esta a su vez ejerce un consenso a esa imposición. La ideología fue conceptualizada cómo un conjunto de ideas que surgen a su vez de un conjunto de intereses materiales (2006). Althusser acoge esta idea argumentando que nuestra identidad subjetiva está definida desde la ideología dominante. Es así como los primeros estudios, señalan que los medios de comunicación son producto de la hegemonía y que a su vez ayudan a la imposición de ideologías que se originan desde los poderes dominantes, por tanto las personas están condenadas a seguir esas ideologías (2006).

En esa misma línea, teóricos la corriente crítica del estructuralismo, proponen que la ideología se esconde también en los medios de comunicación, reproduciendo “Construcciones seleccionadas y arbitrarias” (Martínez, 2006), para que de ese modo se siga reproduciendo la estructura social controlada por las élites. Posteriormente, con la entrada de la corriente de los Estudios Culturales, Stuart Hall toma estos postulados y aunque no los niega o suprime de manera rotunda, plantea

deconstruirlos para conferirle un mayor marco de acción a las audiencias. Este giro que se dio hacia el estudio de las audiencias, está basado en la búsqueda de una mayor comprensión de la interacción que estas realizan con los medios, dando así a las personas una mayor capacidad de agenciación frente a estos.

6.3.1.1. Teorías de las audiencias

En los años 80 comienza a emerger una nueva teoría, que se pregunta ¿Qué hacen los medios con la audiencia, y que hace la audiencia con los medios? (Martínez, 2006), poniendo su mirada en los receptores de los mensajes televisivos. Las principales teorías de audiencia son las teorías de los efectos psicológicos, la de los usos y gratificaciones, la de recepción crítica, la audiencia activa, las mediaciones sociales y el simbolismo interaccionista. Que se describirán a continuación:

Teoría de los efectos psicológicos: Se basa en la comprensión de la comunicación como un proceso lineal, en el cual los mensajes llegan al individuo, sin que este haga una diferenciación o filtre de alguna manera los contenidos, ni tampoco pueda controlar los efectos; de manera que los mensajes le afectan de manera directa. También es llamada como la teoría de la aguja hipodérmica (Martínez, 2006).

Teoría de los usos y gratificaciones: Propone que los sujetos eligen libremente los contenidos televisivos a partir de sus necesidades individuales y que esas necesidades son satisfechas por los programas de televisión (Martínez, 2006).

Las primeras teorías de recepción televisiva, según Martínez (2006), estuvieron muy basadas en los postulados funcionalistas. Luego se da un cambio de paradigma, en el cual los sujetos comienzan a ser redefinidos como sujetos complejos y no como simples objetos, quienes construyen significados a partir de su relacionamiento diferencial con la Tv. Esta comprensión

surge a partir de una observación más cercana a los contextos sociales en los que los receptores se hayan insertos (Corominas, 2014).

De modo que se comienza a distar y entrecomillar el supuesto de los estudios funcionalistas, marxistas y estructuralistas de los medios y las audiencias, en los cuales por medio de la Tv se imponen las ideologías hegemónicas a los sujetos y se suprime su actuación frente a los contenidos, para plantear que las personas no son simples sujetos pasivos ante la televisión, sino que se genera una interacción continua entre ideología/sujeto, en donde este último no solo tiene la opción de reproducir la hegemonía, sino que también puede replantearla (Corominas, 2014), rediscutiendo así eso que la Tv quiere imponer. Es así como Orozco (1996) plantea que la audiencia al entrar en contacto con la Tv, entra a su vez en un proceso en el cual se producen relaciones y sentidos diferenciales, de acuerdo a los factores socioculturales e individuales del sujeto, postulado en el que se profundizara más adelante.

Teoría de la recepción: Esta teoría está muy anclada a los postulados de los Estudios culturales y la teoría Coding/decoding, o codificación/descodificación propuesta por Stuart Hall (2004). Esta teoría sostiene que la comunicación es una relación entre la codificación y la descodificación y que esta última se realiza de manera diferencial por parte de las audiencias: complicidad, negociación y oposición, son tres posibles reacciones de los receptores frente a los contenidos televisivos (Martínez, 2006).

Este autor considera entonces que existe un control hegemónico en la codificación de los contenidos. No obstante, reconoce una “relativa autonomía” del sujeto frente al televisor (Hall, 2004), donde este puede tener una capacidad de agencia, siempre y cuando adquiera ciertas competencias que le permitan entrever las lógicas hegemónicas e ideológicas presentes en la Tv

(Agudelo, 2016). Según Hall (2004), las audiencias pueden decodificar el mensaje de forma diferenciada, a saber:

- Lectura preferida, en la cual se interpreta el mensaje tal como fue codificado. Se es cómplice de los mensajes.
- Lectura negociada, en el cual se elaboran las significaciones propias, pero se acepta en parte los mensajes codificados.
- Lectura opuesta, en la cual comprenden los mensajes pero se realiza una resistencia a estos, rechazando así “el código en el cual el mensaje es enviado” (Martínez, 2006, p. 46).

En consecuencia, expresa Grown (1990) “Las audiencias resisten, se oponen, aceptan selectivamente o hacen reinterpretaciones dentro del ambiente de sus grupos” (Citado en Martínez, 2006, p. 76). Esta teoría no suprime, entonces, el paradigma acerca del poder que tienen los medios para reproducir las ideologías dominantes, pero sí le infiere un poco más de agencia a los sujetos.

Para Hall, esos textos hegemónicos se pueden interpretar de manera polisémica, debido a que no existe una ley acerca de la recepción, pues ese tránsito de los mensajes se realiza de acuerdo a las características subjetivas y socioculturales de las audiencias. Es así como “la audiencia no sigue fielmente el significado preferido del autor, sino que puede hacer una decodificación diferenciada” (Hall, 1981. Citado en Martínez, 2006, p. 46).

Teoría de la audiencia o recepción activa: Esta teoría está muy relacionada con la anterior, le confiere una mayor capacidad de actuación a las audiencias. Su principal exponente es Fiske (1987), quien sostiene que la audiencia produce significados divergentes a la lectura preferida que

parten de su subjetividad e identidad, dos de los conceptos fundamentales para comprender esta teoría (Martínez, 2006).

La subjetividad, según Fiske (1987) es “el sitio donde construimos el sentido cuando hablamos o escuchamos (...) es producto de la sociedad, la propia consciencia y el lenguaje” (Citado en Martínez, 2006, p. 50). Mientras que la identidad es un proceso que se construye a partir del contexto social en el encuentro con la subjetividad y que hace que el sujeto se reconozca dentro de un contexto sociocultural (Martínez, 2006). De modo que cuando el sujeto entra en contacto con el medio se genera un sistema complejo donde entran a conjugarse diferentes significados e identidades,

El texto viene cargado de contenido hegemónico (en relación al género, clase social, raza...), que invita persuasivamente al consenso; el sujeto lo acepta, pero con una complicidad negociada, que le permite hasta resistir. El texto además es generalmente polisémico (y cada vez más), por lo que viene abierto a muchas interpretaciones. El sujeto selecciona con placer la interpretación que mejor se le acomoda. Estos dos elementos (hegemónico y polisémico) hacen que el texto ya de por sí invite a la deconstrucción (Martínez, 2006, p 78-79).

Esta teoría ha sido catalogada como bastante idealista, ha sido cuestionada por otorgarle demasiado poder y creatividad ilimitada a la audiencia (Martínez, 2006).

Teoría de las mediaciones sociales: Esta teoría retoma algunos postulados de las dos anteriores, principalmente el de concebir a los sujetos como receptores activos en el proceso de televidencia. Ha sido fuertemente desarrollada por Jesús Martín-Barbero y Guillermo Orozco, quienes estudian el proceso de interacción entre los televidentes y la Tv.

Las mediaciones son definidas por Martin-Barbero (1987) como aquella instancia cultural desde la cual los significados y sentidos son producidos y apropiados por la audiencia. Las mediaciones son ese lugar desde donde es posible comprender la interacción entre el espacio de la producción y el de la recepción. Asimismo, Orozco (1992) considera que las mediaciones hacen parte del proceso de recepción y son las que hacen que los textos adquieran significados. Según Orozco, (1996) existen cuatro grupos de mediaciones, a saber:

Mediación individual: Esta mediación está compuesta principalmente por la mediación cognoscitiva, es decir los procesos psicológicos y de aprendizaje que matizan la manera de comprender y actuar. Además de otros factores como el género, la edad, la etnicidad y el estrato socioeconómico (Orozco, 1996).

Mediación institucional: Existen diferentes espacios en los cuales los seres humanos desarrollan su vida, estos espacios son la institución familiar, las instituciones educativas, laborales, religiosas, mediáticas, políticas entre otros escenarios que, según Orozco (1996), se convierten en “comunidades de interpretación o significación”. Es decir, cuando el sujeto participa de estos escenarios o instituciones significa a partir de allí, las interacciones con el mundo y particularmente la televisión. En palabras de Lull (1990) “la teleaudiencia no es solamente eso cuando interactúa con la tv (...) La audiencia es muchas cosas al mismo tiempo y participa en varias instituciones sociales (Citado en Martínez, 2006, p.88). Las comunidades de significación pueden ser inmediatas o de referencia.

La comunidad de interpretación inmediata es la familia, es allí donde circulan los primeros signos y símbolos que hacen que el ser humano interprete el mundo de ciertas formas, ese “es el lugar privilegiado en donde se producen primero las negociaciones y las apropiaciones” (Martínez, 2006, p. 84). Las comunidades de referencia son los demás escenarios e instituciones en las que se

mueve cotidianamente el individuo y donde se producen esas significativas secundarias (2006). Otros autores³ complementan la definición de esta mediación argumentando que el territorio en el cual se reside es un factor que afecta la manera en que se interactúa con los medios, debido a que pueden variar las posibilidades de acceso a estos. Además de las dinámicas de vecinazgo que, sobre todo para el caso de las mujeres, puede jugar un papel determinante en la mediación y apropiación de los mensajes (2006).

3. Mediación situacional: Se refiere a “La situación en que la interacción Tv-audiencia se entabla” y que va más allá del momento específico en que se da el “contacto directo con la tv” (Martínez, 2006, p. 85)

4. Mediación video tecnológica: La televisión es a la vez una institución como un medio electrónico, que conjuga lo visual con lo auditivo, esta característica hace que las audiencias no interactúen de igual manera con la televisión que con otros medios (Martínez, 2006).

Además de las mediaciones mencionadas, Barbero identifica la mediación cultural, pues la cultura es el factor que influye en mayor medida los procesos cognitivos. Se trata de la gran mediadora de los procesos comunicativos (Orozco, 1996). Para Orozco (2002) la cultura se trata de la mediación principal, esta deriva en las diversas mediaciones expuestas con anterioridad y a vez las atraviesa.

Este concepto de mediaciones es de gran importancia para el desarrollo de este estudio, pues cómo se verá, es uno de los factores de incidencia en la manera como se apropian los contenidos y se interacciona en general con la televisión. En este punto surge otro concepto: la apropiación, que se define como “el proceso en cual la teleaudiencia resignifica, en palabras de Orozco, esto es,

³ García, Candini & Piccini, 1990; Orozco 1996; Podgórska, 2006.

le da sentido en su propio esquema de representaciones y prácticas e integra a sus experiencias, la información que recepciona (Agudelo, 2016, p. 273-274). Sobre este tema se trabaja en el siguiente apartado.

Modalidades de apropiación de la recepción televisiva en salud

En la investigación doctoral “La formación ciudadana a través de los medios de comunicación. La televisión colombiana y su aporte a las ciudadanías en salud” Agudelo (2016), menciona que existen ciertas modalidades de apropiación de los mensajes. Identifica cinco formas o modalidades de apropiación de los mensajes en salud: Generación de intereses por adquirir o acumular conocimiento; Aumento o adquisición de conocimientos; Divulgación de los conocimientos adquiridos; Ampliación de conocimientos a partir de otros medios y personas; y Adquisición o modificación de comportamientos:

1. Generación de intereses por adquirir o acumular conocimiento: Se refiere a la motivación que tienen las televidentes para acercarse a los programas de salud en la búsqueda de adquirir ciertos conocimientos. Agudelo (2016) argumenta que este interés está mediado por “el padecimiento de una enfermedad o su prevención, el conocimiento de ciertas patologías, sus síntomas sus diagnósticos y sus tratamientos (...) y un interés, en menor medida, por temas asociados a la promoción de la salud. Además de los temas relacionados con lo estético, que también las motiva y las engancha con los contenidos televisivos.

2. Aumento o adquisición de conocimientos: Se refiere a las maneras como, después del visionado de los programas, las televidentes reafirman, complementan, amplían y modifican los conocimientos previos acerca de la salud (Agudelo, 2016).

3. Divulgación de los conocimientos adquiridos: Hace referencia a la acción de compartir los conocimientos adquiridos, después de la interacción de los programas con otras personas, generalmente, personas que necesitan la información.

4. Ampliación de conocimientos a partir de otros medios y personas: Se refiere a la búsqueda de una mayor información por medio de otras fuentes o personas que sean expertas o tengan conocimiento sobre los temas de manera empírica.

5. Adquisición o modificación de comportamientos: Hace referencia a las acciones realizadas con los aprendizajes adquiridos después del visionado de los programas, es decir, la ampliación de la información en búsqueda del mejoramiento de la salud. Esta modalidad es la que permite observar de manera más contundente si la Tv está aportando a la gestión de salud propia y/o colectiva.

De modo que la apropiación que se realiza de los mensajes es diferencial de acuerdo a la interacción particular que se genere entre las televidentes, los programas de salud y su significación. Por ello, en este capítulo se genera un apartado en donde se analizan las apropiaciones que las televidentes realizan de los programas de los programas en salud, para de ese modo, reconocer la influencia que ejercen en la salud de las personas.

En el siguiente apartado se describe la manera cómo se han dado los diferentes estudios sobre la televisión que se han realizado en Colombia.

6.3.2. Resituando a la televisión y al televidente: Estudios de medios y audiencias en Colombia.

A partir del siglo pasado, la televisión ha cobrado gran relevancia en las vidas e imaginarios de individuos y familias, tanto que actualmente es uno de los medios al cual las personas tienen más

fácil acceso (Edefundazioa, 2010; Parra y Guadalupe, 2004), lo que convierte a la Tv en una de las principales fuentes de información. Además ha sido catalogado por múltiples autores como el medio que más impacto social ha generado desde su creación (García, 2004. Citado por Agudelo, 2016, p. 70).

En Colombia, particularmente, la televisión tiene una fuerte presencia en los hogares, generando múltiples cambios en diferentes ámbitos familiares y sociales “...con el paso del tiempo, la televisión se convirtió en uno de los más importantes agentes de comunicación en la vida familiar y social” (Acosta, 2012, p. 264). En sintonía con los referentes académicos de la comunicación externos, los estudios sobre la tv en Colombia, comienzan siendo exclusivamente cuantitativos, con una fuerte tendencia conductista, la cual considera que la tv produce unos efectos directos en la población, influyendo negativamente en esta, principalmente en las personas más jóvenes (Martín-Barbero, Téllez, 2006).

A partir de los 80, las investigaciones son de un corte más funcionalista, esta tendencia cuestiona la percepción general conductista de la comunicación mediática. Estos estudios estaban interesados en conocer las particularidades de cada uno de los medios, además la incidencia que produce en las personas y la manera en que eran utilizados por estas. El objetivo principal de estas investigaciones era conocer al sujeto para saber de qué manera el Estado podía incidir en él, de modo que adoptara las nuevas ideologías que la modernidad traía consigo (Bonilla, 2011).

Y aunque ya se tenía claridad sobre la idea de que la televisión no tiene un poder hegemónico sobre el televidente y que, a su vez, este no es pasivo frente a sus contenidos, aún se argumentaba la influencia negativa que ejercía en la población. Es así como en esta época comienzan a ser muy comunes las investigaciones sobre la incidencia de los programas de tv en los niños, es decir, se

desplaza el foco de atención hacia esta población, considerándose como las más vulnerables frente a los medios, al no tener criterios formados para seleccionar los contenidos.

Posteriormente, en los años 90, los estudios sobre medios y, particularmente, la televisión, dan un giro. Se comienza a considerar de manera más sistemática al sujeto y a mirarse esa relación dinámica y compleja entre la televisión y los televidentes. Además se amplían los límites metodológicos, integrando metodologías de corte cualitativo, lo que implica, según Martín-Barbero y Téllez, rescatar la creatividad de los sujetos, la complejidad de la vida cotidiana, el carácter interactivo y lúdico de la relación de los usuarios con los medios. Y para ello desplazar las fronteras entre las disciplinas y las estrategias metodológicas, integrando encuestas con indagación etnográfica, y discusión en grupo con relatos de vida (2006, p.60).

De esa manera se intentó conocer al sujeto más profundamente y sus contextos, además de comprender la relación dinámica y compleja entre la televisión y sus televidentes. Por lo tanto en esta nueva perspectiva de la investigación en recepción en Colombia, se comprende que no solo hay muchos modos de presentar los contenidos televisivos, sino que también hay diversas maneras como se comprenden e interpretan esos contenidos, un proceso que no es algo fijo o inmóvil.

Entrado el siglo XXI, los estudios sobre medios comienzan a ser muy influenciados por el académico Jesús Martín-Barbero, quien residiendo en la ciudad de Cali, comienza a difundir sus teorías sobre el uso social de los medios y las mediaciones. Proponiendo “resituar la producción simbólica como espacio de conflictividad en el que hay dominación, pero también hay resistencia” (Bonilla, 2011, p. 82).

Las investigaciones sobre niños, adolescentes y jóvenes y su relación con la televisión, dan un giro y se comienzan a considerar como receptores activos de los mensajes. De esta manera se

buscó propiciar una educación sobre la recepción crítica de medios, en las escuelas. Esta nueva ubicación ha posibilitado el hecho de que se vaya superando el llamado “miedo” al medio y que se realice una aproximación al mismo desde una postura más abierta buscando conocer todo su potencial aprovechable en la escuela y en la familia, considerados como espacios de socialización fundamentales (Martín-Barbero y Téllez, p. 64). En los últimos años, han surgido estudios que ponen su mirada en la relación de la tv con otros medios como Internet, y se ha dicho que la televisión no se puede considerar “como una tecnología “aislada” en el hogar o en la escuela para considerarla relacionalmente inscrita en una cultura técnica y de consumo” (Bonilla, 2011).

El análisis que realiza el estudio, se nutre principalmente de las teorías de la audiencia, principalmente de las teorías de recepción, las teorías de audiencia crítica, las teorías de las mediciones y las modalidades de apropiación. Además, analiza la relación compleja y dinámica que se establece entre las televidentes y la televisión y la polisemia en la interpretación de los contenidos, a la manera de los estudios realizados en Colombia. De modo que en la investigación se reconoce la posibilidad de agencia de los sujetos frente a la televisión, así como el potencial democrático que puede ejercer la televisión.

A partir del panorama expuesto, en el siguiente apartado se analizará la manera como las mujeres entrevistadas interactúan con la televisión en salud, comenzando por su relación general con la televisión y los contenidos en salud, la manera de entender y analizar los programas y sus contenidos y los factores que han sido importantes para la recordación, comprensión y aplicación de los mensajes de salud de los programas.

6.3.3. Relación de las televidentes con la televisión

En la investigación realizada se indagó por los canales y programas televisivos en salud de su preferencia, además de la manera en que se relacionan con estos, es decir, el tiempo dedicado a ver televisión, los horarios, los “rituales televisivos”, etc. De manera que a continuación se describen las rutinas diarias de las cinco interlocutoras y en qué momentos del día se encuentra la televisión.

La historia de vida televisiva de Amparo

Amparo (enfermera jubilada, 59 años, dos hijos, nivel socioeconómico medio-alto)⁴, desde que dejó de ejercer su labor de enfermera, pasa la mayor parte del tiempo en casa. Es una mujer incansable, invierte la mayor parte del día en las labores domésticas, pues le gusta sentirse útil y disfruta consintiendo a su familia “me interesa el bienestar de todos”, expresa. Sus días comienzan muy temprano, a eso de las 5:30 am ya está en pie cocinando y empacando el almuerzo que sus hijos llevan al trabajo. Posteriormente sale a realizar actividad física y luego regresa a realizar las labores del hogar, barrer, trapear, lavar y cocinar, son actividades que hacen parte de su cotidianidad.

A la hora de desayunar y almorzar, lo hace acompañada de la televisión. Pasado el mediodía, es momento de bajarle un poco al ritmo, así que algunas tardes toma hilo y aguja para tejer croché, y otras, realiza actividades más pasivas como planchar o doblar la ropa, a la par que enciende nuevamente el televisor para ver sus programas favoritos: cocina, manualidades, música, documentales de animales, de lugares, y salud, hacen parte de las temáticas que busca en la

⁴ De aquí en adelante se seguirá remitiendo a esta interlocutora simplemente como Amparo, sin citar todos sus datos. El mismo modelo se aplicará a las historias de vida televisivas de las demás interlocutoras.

televisión. Así que su parrilla televisiva se compone de canales internacionales como Utilísima, Fox life y Discovery channel, y canales regionales como Teleantioquia, Televid y Telemedellín, canales donde efectivamente encuentra las temáticas de interés. Es así como uno de los rituales televisivos de Amparo es realizar otras actividades mientras ve televisión. Otros rituales son ver televisión en su habitación, pues en la casa hay cuatro televisores, uno por habitación; además busca en sus canales predilectos algún programa de su interés y se queda viéndolo hasta el final; ve la televisión sola en las tardes y acompañada de su esposo en las noches; y toma sus gafas, lápiz y papel para escribir aquella información que considera importante como una receta de cocina, un tip para el hogar, los materiales y pasos para realizar alguna manualidad, o en el caso de los programas de salud, algunos consejos que le resulten útiles a ella o a su entorno cercano.

Habría que hacer una salvedad y es que Amparo no se considera una televidente fiel de los programas, pues aunque se encuentra interesada en ellos, no todos los días se encuentra con el estado de ánimo para verlos “cuando tengo ánimos [ve televisión] cuando no, me acuesto por ahí hasta las cinco y media a dormir” menciona. Esto se debe a dos razones, una, Amparo debe tomar un medicamento que algunos días le produce efectos secundarios como cansancio y somnolencia; otra, es que en ocasiones la interlocutora siente que puede aprovechar mejor el tiempo durmiendo que viendo televisión, pues en la entrevista cuenta cómo a veces siente que ver televisión es una pérdida de tiempo, pero otras, siente a la Tv como compañía, debido a que pasa la mayor parte del día sola en casa.

Puede verse entonces que una de las razones por las que esta mujer decide encender su pantalla, es para no sentirse sola mientras realiza ciertas actividades que requieren de una dinámica más pasiva; incluso al preguntarle sobre por qué ve televisión, no duda en responder “por aprender y entretenerme”.

En cuanto a la relación que Amparo ha establecido con los programas de salud, como uno de sus temas predilectos, manifiesta que le gusta aquellos que están relacionadas con enfermedades, especialmente aquellas que llama “castatróficas”, los estilos de vida saludable y el ejercicio; estos temas que dice haberlos visto en el programa “El Doctor OZ” y en un programa del canal regional “Televid” sobre salud mental. Además hacía seguimiento a un programa del canal regional Teleantioquia llamado “Vivir mejor”, el cual sacaron del aire. Cuenta de este último programa, que incluso cuando lo emitían, encendía el televisor de la sala de espera del hospital donde trabajaba para que los pacientes lo vieran. Acerca de la información que brindan los programas de salud, Amparo considera que es confiable al tener “bases científicas” y “evidencias” y confía más en los especialistas que llevan a los programas, que en los presentadores.

La interlocutora ha puesto en práctica algunas de las recomendaciones que han dado en los programas “Los masajes cuando uno está tenso la relajación, la comida, los ejercicios (...) la dieta de mi esposo que es diabético (...) La diabetes es baja en sodio, la hipertensión baja en azúcar, poquitas harinas más cantidad de proteínas de las que comía antes, dos porciones al día”. En el programa también dan otro tipo de recomendaciones que ella no pone en práctica pero que aun así, le parece importante “Las grasas tanto que se escucha y me encanta pero yo sé que no puedo comer mucho”.

Algunas de las prácticas de Amparo, alrededor de los programas de salud son encontrarlos por medio del zapping o canaleo y cuando alguno de estos la engancha vuelve a ellos, pero ocasionalmente. Después del visionado del programa, algunas veces se ha motivado a buscar información sobre salud para complementar o profundizar alguno de los temas del programa, además dice compartir la información de los programas de salud con vecinas y compañeras de

trabajo, cuenta que es común que en sus encuentros mencionen algo sobre lo que han visto en televisión.

Su programa preferido sobre salud es el Doctor Oz, lo sigue hace un año y medio. Le gusta porque llevan especialistas a hablar sobre las enfermedades como “diabetes, hipertensión, dislipidemia, enfermedades cardiacas, de las arterias, intestinales, respiratorias”, temas que recuerda porque eran enfermedades muy comunes en los pacientes del hospital. Recuerda de los temas que se hablaba de los “signos, síntomas, tratamiento, los signos de alarma (...) Eran especialistas que iban y hablaban cada uno de ese tema por ejemplo de diabetes que mucha hambre mareos, ganas de orinar, aumento exagerado de la orina”.

Sobre la estructura del programa recuerda que “Llevaron invitados, es como un auditorio, llevan especialistas y sacan personas del público para que hagan sus preguntas. En estos días hablaban del cerebro del hombre y la mujer y decían que la mujer tenía más materia gris que el hombre, por eso la mujer es más susceptible, porque la materia gris se regaba por todas partes en cambio la del hombre se quedaba más recogida. Es muy interesante”. Del programa resalta que es de mucha calidad y muy dinámico “El doctor OS sí, me gusta porque son muy específicos, digamos los intestinos son gigantescos entonces él dice por ejemplo que función cumple la apéndice, que uno dice que esa tripita no sirve si no para estorbar y no; entonces él muestra y las señoras van y se ponen guantes y tocan, es muy didáctica”.

La historia de vida televisiva de Carol

A Carol (Bachiller Académico, 22 años, un hijo, nivel socioeconómico medio), le gusta leer, escuchar música, ver televisión y jugar con su bebé. Los medios de comunicación que más usa, en primer lugar, es el internet y, en segundo lugar, la televisión. Cuenta que ahora ve mucha más

televisión que antes, pues en sus rutinas diarias se encuentra ver programas de televisión sola pero, sobre todo, acompaña a su bebé a ver los programas. En su casa hay cuatro televisores, ubicados en cada una de las habitaciones de la casa. Relata como la televisión siempre ha estado muy presente en su vida, desde pequeña ha estado muy expuesta a ella, pues sus padres veían mucha televisión y ella disfrutaba de los programas infantiles.



Figura 11: Carol y Emiliano viendo TV. Fuente: archivo propio.

Desde que Carol tuvo a su hijo, pasa mucho tiempo en su casa y tiene unas rutinas diarias muy establecidas. Todos los días se levanta muy temprano, enciende su televisor y ve programas infantiles con Emiliano. Ella es independiente, así que trabaja desde su casa hasta que cae la tarde, “en la tarde me dedico a trabajar aquí en la casa y a ver televisión o a escuchar música”. De manera que hace parte de sus rituales televisivos, trabajar en el etiquetado de prendas y estar pendiente del celular mientras ve televisión. Luego va a clases en las noches y regresa nuevamente a las 9:00 pm. A esa hora se acuesta y enciende el televisor mientras ella y su bebé se quedan dormidos. Cuenta que en el día ve televisión más o menos siete horas diarias, sobre todo en las tardes y

noches. La razón es que se entretiene viendo televisión, la tv se convierte en su compañía mientras trabaja, además siente que puede aprender en algunos programas.

Los días en que más ve televisión es en semana y algunos programas como los programas infantiles los ve con su hijo, otros como las novelas, las ve acompañada de su madre y algunos programas los ve sola tales como las series policiacas y de criminalística, expresa que “el canal AXN me parece súper bueno, que es todo criminalística, pero a ninguno le gusta que por sangriento, que no sé qué, entonces veo casi siempre sola”. Los canales que ve con más regularidad son AXN, Fox, Fox Life y Sony, canales internacionales, pues dice que los nacionales no son de su agrado, de vez en cuando ve Caracol y RCN, pero muy poco. Sus formatos favoritos son los seriados y las telenovelas.

Menciona que la temática de salud es de su interés y que incluso en las series que sigue aparece la temática pero en cuestiones muy ligadas al cuerpo, ella por ejemplo ha aprendido sobre anatomía y sobre el efecto de algunas enfermedades en el cuerpo. En cuanto a los programas de salud como tal, aunque no son sus favoritos, le han sido de ayuda en ciertos casos, por ejemplo cuando demanda información sobre hábitos alimenticios que pueden ayudarle a recuperar su estética corporal. Incluso cuenta que cuando tuvo al bebé, encontró en un programa de televisión (no recuerda el nombre), información sobre los alimentos que podía consumir para la recuperación pos parto. Ella considera que mucha de la información que dan en los programas en salud no es “muy productiva”, refiriéndose a que dan información que no se puede aplicar en la cotidianidad, sin embargo, piensa que a veces dan información que sí es fácil de aplicar,

Por ejemplo el doctor Oz es súper interesante porque da pautas que no sean tan estrictas sobre el cuidado, sobre la salud, más que todo sobre el cuidado personal, entonces es muy chévere porque uno con cosas muy pequeñas puede hacer cambios muy grandes en el

cuerpo y de pronto en los hábitos que tiene (...) he escuchado mucho de alimentos que uno puede preparar, por ejemplo yo soy amante total de los brownies y vi en un programa que me pareció muy interesante brownies que uno puede hacer y que de hecho le ayudan a uno a bajar de peso (...) y el de la Doctora Fernanda he visto varias veces que hay varios alimentos que uno no sabe cómo qué, o sea uno sí sabe que debe consumir frutas y verduras, pero hay frutas que tienen como mucho contenido que uno no sabe que incluyéndolas y aumentando el consumo de esas frutas le sirve para muchísimas más cosas de lo que uno piensa. Por ejemplo las cerezas, escuché que tienen muchísimos beneficios y que uno puede bajar de peso, consumiendo muchas cerezas, el caso de los frutos secos también, o sea, no en exceso pero sí consumiendo dos o tres veces al día, esas son cosas que he puesto en práctica y sí he sentido mejoría, por ejemplo yo sufría mucho del colon y sí he sentido mejoría.

Reconoce también que hay algunas recomendaciones que son importantes seguir, pero que aún no ha puesto en práctica, al respecto manifiesta que más que un problema del programa, es un limitante personal que le impide hacerlo “yo creo que el programa no puede hacer más de lo que hace, porque igual le dicen a uno muchas cosas que uno de verdad sabe que tiene que hacer, por ejemplo el hecho de hacer ejercicio, el consumo de mucha agua, pero yo creo que va más como en uno, o sea, uno sabe que escucha, que uno sabe que en realidad necesita y que podría hacer, pero de pronto por pereza o por facilismo o por muchas cosas, pero en realidad nunca termina haciéndolas”, expresa.

Así pues, el Doctor OZ y la sección de salud de la Doctora Fernanda, hacen parte de su parrilla de programación televisiva. Sobre este último programa dice que aunque la sección de salud es de su agrado, no le gusta que se transmita en el noticiero del canal Caracol, pues ver las noticias le

baja el ánimo. Ha recomendado a otras mujeres el Doctor OZ debido a que siente que hay muchos elementos que la gente puede poner en práctica, además se siente conectada con los casos que presentan allí, ya que “no muestran el cambio de una persona que ya está súper bien y súper bajita de peso, sino que muestran mujeres reales, entonces uno se identifica mucho, me pareció muy chévere”. Sumado a eso, también ha compartido los contenidos de los programas con su madre quien trabaja en casa con Carol, y no solo a ella, pues en algunos casos ha recomendado a otras personas seguir las recomendaciones de los programas, por ejemplo, una vez recomendó a dos personas seguir los consejos de la Doctora Fernanda “se lo comenté a alguien y también le sirvió, mi tía también tenía lo mismo mío y empezó a consumir muchos frutos secos y le sirvió mucho”.

Generalmente confía en la información que presentan en los programas de salud y más específicamente el Doctor OZ, dice que en un “70%”, dado que tienen fundamentos científicos, datos estadísticos sobre los temas y el presentador es médico, entonces tiene conocimiento sobre los temas. De igual manera algunas veces siente dudas y dice que se ha tenido que quedar con ellas porque cuando decide buscar en internet no encuentra mucha información sobre los temas debido a que es un programa estadounidense y hay datos que no son posibles de corroborar desde acá.

Normalmente, Carol llega a los programas de salud mediante Zapping o canaleo, y en el caso del Doctor Oz, el programa de salud que más ve, llegó a él porque el canal en que lo dan le gusta mucho, entonces cierto día estaba viendo RCN y comenzó el Doctor OZ, a partir de ahí lo siguió viendo durante todo el año, “fue por pura casualidad y me encarreté mucho y lo seguí viendo”, cuenta. Los principales motivos que la han enganchado al programa son dos, las historias reales de personas reales, incluyendo al presentador, al sentirse identificada con los personajes, y el enfoque al cuidado personal y sobretodo dirigido a las mujeres,

... [En el Doctor OZ] escogen personas, o sea, desde la mujer más arrugadita, la más bonita, la más gordita, entonces es muy enfocado a público muy real, porque uno está muy acostumbrado a ver la típica modelo porque le dicen a uno que tiene que bajar de peso, pero muestran a la mujer perfecta, entonces por eso me gusta mucho eso y que está muy enfocado al cuidado personal más que programas estrictamente corporales es mucho al cuidado y a la prevención de muchas cosas, bajar de peso, al cuidado de la piel, entonces es muy interesante, muy enfocado más que todo como a las mujeres, diría yo (...) ni el típico presentador que uno ve, o sea, uno en la televisión está acostumbrado a que es con mucho prototipo, en cambio en este programa es como lo que ponen, es muy como es, hay veces que llega con sus ojeras, entonces no es como nada del otro mundo.

La interlocutora resalta del formato del programa, que siempre dan temas muy variados, invitan a especialistas, dan tips o recomendaciones de acuerdo al tema, presentan ejemplos de casos de vida reales, además realizan un resumen de las cosas más importantes finalizando el capítulo. En general, siente que la temática de salud en televisión es de gran importancia porque brinda información que puede ser útil en el momento en que la persona se enferme. Los temas que más le gustan a ella son los que tratan sobre la alimentación y el cuidado de la piel, y el programa que más recuerda es el de las recomendaciones sobre cómo bajar de peso,

El del bajar de peso, daban varias opciones, daban la opción de unos “gramis” que eran a base de frutos secos, o sea la combinación de todos esos ingredientes era un azúcar natural, era una azúcar como de una planta, entonces era cómo hacer esos “gramis”, y esos “gramis” le ayudaban a uno a quemar grasa. Dieron como tres opciones de té que se preparaban de maneras diferentes, eran súper ricos y también ayudaban a bajar de peso

e hicieron varios snack a base de cereales, de hojuelas de avena. Era como comer cosas muy ricas pero bajando de peso (Carol López...).

De manera que los programas que más le interesan actualmente son aquellos que tratan temas sobre alimentación para bajar de peso y cosmética, es decir, aquellos que le ayuden a encontrar soluciones para verse bien. Esto responde a sus necesidades específicas actuales, como lo explica “...Después de que tuve a mi bebé, empecé súper juiciosa a hacer ejercicio, me relaje y ya me daba mucha pereza seguir yendo al gimnasio (...) me dio la obsesión por comer y comer y me dio la ansiedad de estar comiendo, entonces ver que podía comer y bajar de peso me llamo mucho la atención, y cosas ricas, cosas que me gustan”

La historia de vida televisiva de Gloria

Un día normal de Gloria (Educación básica, 33 años, un hijo, nivel socioeconómico medio). comienza a las 6:00 am, hora en que debe levantarse con su hijo y su esposo para ayudarles a organizar la ropa y a hacer el desayuno. Ambos, padre e hijo, se van para su respectivo trabajo y estudio, de manera que la interlocutora se queda sola en casa. Gloria enciende la radio y al ritmo de la música realiza algunas de las labores domésticas como tender las camas y lavar los platos del desayuno. En este momento de la mañana se toma el tiempo de una hora para ir al gimnasio. Cuando regresa, termina de realizar las labores domésticas como barrer, trapear, lavar, preparar el almuerzo, entre otras.

Llegada la tarde se sienta a doblar ropa o a pintarse las uñas y enciende el televisor de su habitación a la par que realiza estas actividades, en su casa hay dos televisores, uno en la habitación de su hijo y otro en la habitación de ella y su esposo. El horario para ver televisión no es tan definido todos los días, pues normalmente el tiempo dedicado a ver televisión está definido por el

tipo de labor doméstica que esté realizando, si se encuentra tendiendo su cama o si es una actividad que implique sentarse, aprovecha para ver televisión en su cuarto.



Figura 12: Gloria viendo TV. Fuente: Archivo propio.

Es así como entre sus rituales televisivos se encuentra encender la Tv cada vez que pasa un tiempo en su cuarto, esto le ha permitido ver gran variedad de programas, pues busca géneros documentales en donde presentan programas relacionados con la fauna, la historia, la arqueología; también ve noticieros y magazines, allí dan programas relacionados con la salud y la estética. Ella expresa que “Los magazines cuando son muchos temas de salud me gustan, los programas que son interesantes en temas de belleza, recetas, remedios y cosas que sirven para aprender”. De manera que los canales que ve con mayor regularidad son Animal Planet, Discovery, RCN, Caracol y Teleantioquia. En consecuencia, a pesar de que Gloria ve gran cantidad de programas, no es una televidente fiel de ninguno de ellos, todos los ve de vez en cuando.

Al terminar de ver los programas de la franja de la tarde, como uno de los momentos más establecidos de su día a día para ver televisión, se va para el negocio de su esposo a ayudarlo un

poco con sus tareas. Algunos días cuando su esposo termina sus actividades a las 5:00 pm, sale con él y su hijo a montar bicicleta, actividad que disfrutan realizar en familia. En la noche, esta mujer organiza los uniformes de su hijo, prepara la cena y finalmente se acuesta a ver una telenovela acompañada de su esposo. Hay días en que tiene menos ocupaciones, así que esos momentos a los que ella denomina “tiempo libre”, los destina a tres cosas principalmente, unas veces realiza actividad física sola, otras, se acuesta a descansar y enciende el televisor o el computador, y en ocasiones visita a su madre; esto sucede exclusivamente en semana que se encuentra la mayor parte del día sola, pues los fines de semana le gusta salir y pasar tiempo con su familia.

Los medios de comunicación más utilizados por Gloria son la radio, la televisión y la internet, en ese orden. La radio la enciende la mayor parte del día y cuando no está escuchando radio es porque está viendo televisión, ella dice que este medio le gusta porque a la vez que informa, entretiene. Internet lo utiliza más esporádicamente, cuando necesita saber alguna información de manera urgente, cuando le ayuda a su hijo a hacer sus tareas del colegio o cuando visita las redes sociales.

En cuanto a la relación que la interlocutora ha establecido con los programas de salud, cuenta que siempre le han gustado aquellos programas que tengan temáticas que le resulten interesantes y constructivos, es decir, en los que pueda aprender algo; además, que den tips o recomendaciones que se puedan poner en práctica. De estos programas tiene predilección por aquellos que juegan más con lo visual, es decir, que muestran fotografías, dibujos, vídeos, gráficos, etc., y no le agradan tanto aquellos en los que los presentadores se dedican solo a conversar entre ellos.

Los programas de salud que dice haber visto son Las Tres Gracias, Los buenos años, Medellín ciudad saludable, los noticieros de RCN y Caracol con sus respectivas secciones o noticias de

salud. Además ve algunos programas internacionales donde se toca el tema de salud, tales como Mi cuerpo, mi retoque y Sala de emergencias. De todos estos el programa que más le gusta es el de “Los buenos años” porque enseña “cómo cuidar las rodillas, la columna, la postura que debe de tener, los ejercicios que uno debe hacer dependiendo de la edad que tenga, de hecho aprendí que si usted camina con la cabeza agachada se está perjudicando la columna”.

La información sobre salud que presentan en estos programas generalmente le parece confiable, pero hay algunos programas como capítulos de Sala de emergencias que, aunque le parece un programa entretenido, le produce desconfianza “a veces creo que sí, a veces creo que no, por ejemplo en esa Sala de emergencia que llega gente con un cuchillo en el pecho o una cosa entre la cabeza o con unos accidentes gravísimos, que no creo que uno sobreviva a eso, eso me parece un montaje”, manifiesta.

Gloria dice haber puesto en práctica algunas de las recomendaciones que dan en Los buenos años, tales como las posturas corporales adecuadas para no perjudicar su columna o rodillas, dice “mantenerse derecho es muy importante porque cuida más la columna, también lo de las rodillas porque una rodilla a mí me molesta”. Además ha intentado seguir los consejos acerca del control de las harinas y grasas en la alimentación que dan en otros programas como Las Tres Gracias y las secciones de salud de los noticieros.

La interlocutora ha recomendado a otras personas ver programas como Los buenos años, Las Tres Gracias y Medellín ciudad saludable, a otras mujeres y especialmente a su madre “Sí, a mi mamá a veces le digo, cuando vi Los buenos años le dije a ella para que lo viera y también Medellín ciudad saludable, Las Tres Gracias también se lo recomendé”.

La historia de vida televisiva de Luz Delia

Luz Delia (Bachiller académico, 39 años, 2 hijos, nivel socioeconómico bajo), comienza sus días desde las 5:30 am, esa es la hora en que Sebastián, su bebé, se despierta. Al levantarse enciende el televisor mientras ella y su esposo se toman su habitual café, en este momento ven el noticiero de caracol con la sección de salud de la Doctora Fernanda. Posteriormente hace el desayuno para todos y el almuerzo para empacarle a su esposo para el trabajo. Su hijo mayor Santiago y su esposo Guillermo salen a realizar ocupaciones diarias como trabajar y estudiar. La interlocutora se baña, se viste y baña y viste a su bebé, luego enciende la radio comunitaria mientras realiza las labores domésticas, actividades que desde que tuvo a Sebastián se han multiplicado. Entre las 8:00 y 9:00 am, ya ha terminado las labores, así que unos días sale a caminar y otros debe ir a realizar diferentes diligencias a las que se ha visto obligada debido a la discapacidad psicomotora que presenta Sebastián, de la cual se hizo mención en el capítulo anterior.

Cuando no tiene que llevar a Sebastián a las citas, se devuelve para su casa al medio día. Cuando llega prepara el almuerzo para ella y sus dos hijos y cuando termina de lavar los platos, se sienta a ver televisión hasta las 5:00 pm, mientras interactúa con el celular y hace pausas para atender a su hijo menor o jugar con él. Algunas veces interrumpe el visionado de los programas para ir a la iglesia. En las noches, es su esposo el que decide la parrilla temática, eligiendo noticieros o programas deportivos, muy pocas veces ven telenovelas. La hora de dormir es a las 9:00 de la noche.

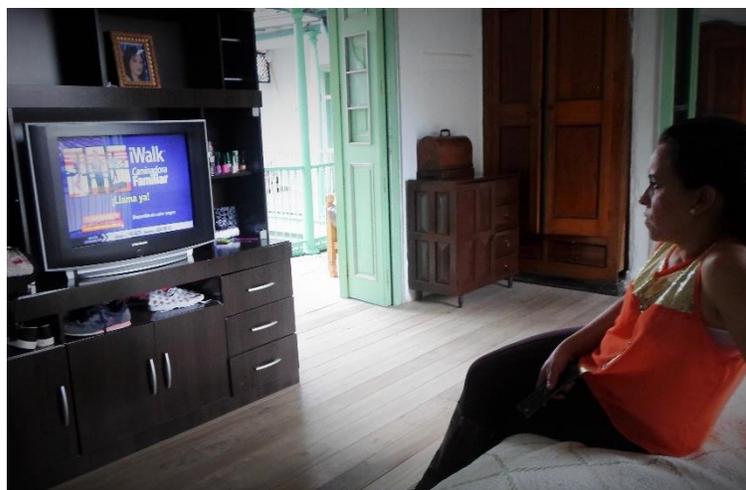


Figura 13: Luz Delia viendo TV. Fuente: archivo propio.

Sus programas de televisión favoritos son Todo en casa y Muy femenino, ambos del canal regional Cosmovisión. También le gusta los noticieros de Caracol y Teleantioquia y el programa del padre Germán en el canal regional Televid. Sus temáticas favoritas son variedades, hogar y salud; esta última le gusta especialmente cuando hablan de temáticas que le ayudan con la condición de su bebé y también las de belleza, nutrición y deporte. Le agrada cuando invitan a especialistas a hablar sobre la alimentación de acuerdo a las condiciones de salud que se tengan y cuando dan tips sobre cómo realizar actividad física sin tener que ir al gimnasio. También le interesan otros temas que puede aplicar como el autoexamen para evitar el cáncer de mama, las recomendaciones acerca de cuándo se debe realizar una mamografía y cada cuánto debe visitar al ginecólogo.

La información recibida en los programas de salud la comparte con sus compañeras de trabajo y sobre los temas que presentan en el programa del padre Germán, los comenta con su pareja y su hijo mayor porque allí se reflexiona sobre la formación de los hijos. Luz Delia manifiesta que en

los programas de salud, sin especificar en cuáles, ha aprendido a alimentarse y a realizar actividad física.

La interlocutora no confía en toda la información que brindan en los programas que dan información en salud porque en algunos de ellos aprovechan el espacio para hacer la publicidad de productos cosméticos “No toda es cierta, que dan trucos de salud buenos sí, pero por ejemplo en la publicidad no creo, como en productos para adelgazar y eso”.

La relación que Luz Delia ha establecido con el programa de salud Muy Femenino, es desde un día que estaba realizando zapping, hace aproximadamente tres años, y su enganche con este fue que se presentaba mediante el género magazine, dan diversidad de temas, además porque le gustan las secciones del programa que ella relaciona con salud “Tiene sexología, psicología, cocina, deporte, belleza”. La temática que más recuerda que hayan tratado del programa es sobre el cáncer de mama, los cuidados, síntomas y los derechos que tienen las mujeres frente a las EPS. Dice que la recordación, en este caso, ha sido por la repetición de la temática y por ser un tema muy importante para las mujeres y para ella particularmente. Otro de los temas que más recuerda es sobre recomendaciones que han dado sobre actividad física en diferentes programas.

La interlocutora confía mucho en la información dada en el programa porque siente que las presentadoras están capacitadas para brindar esa información, además “En muy femenino llevan a muchos especialistas, nutricionistas, sexólogos, psicólogos, terapeutas”, que le dan legitimidad al programa. Y aunque siente que Muy femenino es muy completo, les falta incluir una temática que para ella es muy importante, que es el trato que debe darse a los adultos mayores. Luz Delia ha recomendado el programa a su madre, hermana y a sus amigas del trabajo.

La historia de vida televisiva de Patricia

Para Patricia (Terapeuta física, 42 años, un hijo, nivel socioeconómico alto), no hay ningún día que se asemeje al anterior, pero hay ciertas actividades que sí debe realizar diariamente. En semana se levanta más temprano, comienza a realizar las labores domésticas y le ayuda a su hijo a organizar lo necesario para irse a estudiar, luego saca un momento de la jornada matutina para dar un recorrido en bicicleta. Vuelve a casa, enciende el televisor mientras prepara el almuerzo y almuerza, pues casi siempre debe hacerlo sola; al acabar de almorzar termina de realizar las labores comenzadas. Pasado el mediodía, debe ir a realizar una terapia de rehabilitación física a uno de sus pacientes y luego regresa a casa a servirle el almuerzo a su hijo.

Cuando llega la tarde, generalmente se pone a coser mientras ve una telenovela o alguno de sus otros programas favoritos. Ella cuenta que en el día nunca se sienta exclusivamente a ver televisión, sino que realiza un sinnúmero de actividades, se pone a “cocinar, a barrer, a trapear, a arreglar los closets, miles de cosas, hasta cepillarme el pelo, o a arreglarse uno”. Otros días cuando tiene más tiempo libre, se dedica a realizar actividad física, o a veces sale con sus amigas a tomar el algo, también hay días en que asiste a cursos de manualidades, tejido y danza.

Ahora que ha llegado una etapa de la vida más pausada, es decir, ya no estudia y trabaja de manera independiente, pasa más tiempo en su casa y ve más televisión que antes. La razón principal de Patricia para ver televisión es porque le parece entretenida, sin embargo, en la praxis también ve programas de corte informativo y educativo.

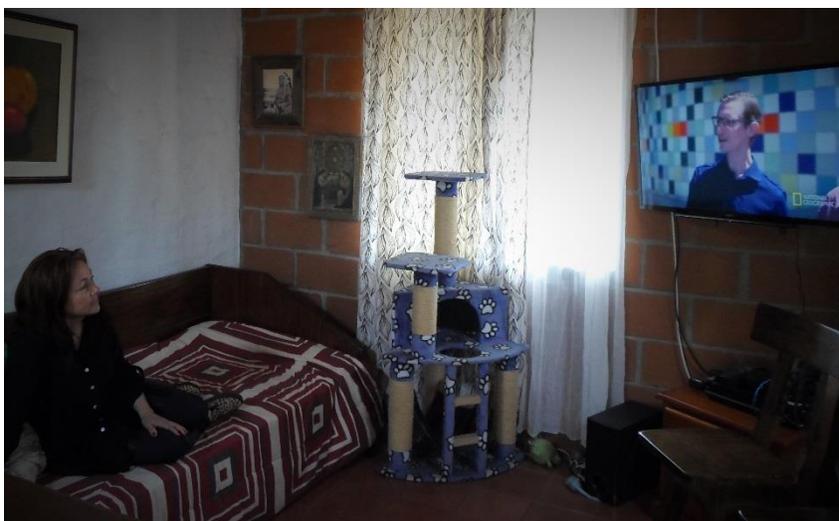


Figura 14: Patricia viendo TV. Fuente: archivo propio.

Los canales que ve con más regularidad son el canal Caracol, en especial el noticiero del medio día, Space, Discovery, Animal planet, History y tiene especial afinidad por los canales musicales. Los géneros que prefiere son los magazines y los dramatizados y sus temáticas favoritas son deporte, comedia, música, moda y salud. Su esposo, por el contrario, prefiere programas deportivos y noticieros, razón por la cual cuando ambos están en la casa en las tardes, uno ve tv en la sala y otro en la habitación, y ya en la noche ven televisión juntos en la habitación, novelas y reality shows hacen parte de su parrilla temática nocturna.

Respecto a los programas de salud, como una de sus temáticas preferidas, recuerda mucho el Doctor SOS que presentaban en el canal RCN; en Caracol ha visto la sección de salud de la Doctora Fernanda; de Telemedellín le gusta un programa del cual no logra recordar el nombre, donde dan temáticas de salud mental; de Teleantioquia ha visto ocasionalmente Las Tres Gracias; de Televid, dice gustarle Los buenos años porque el presentador es un médico especialista en los huesos; y en Discovery ha visto Sala de emergencias y otros programas de enfermedades raras y parásitos. La interlocutora comenta que generalmente confía en la información sobre salud brindada por los

programas, pero que desconfía de algunos de las historias que presentan en programas de Discovery como Parásitos asesinos, al respecto manifiesta “uno tiene que ver para creer”.

De todos estos programas mencionados, el que más le ha gustado es el Doctor SOS, llegó al programa por recomendación de una amiga en un momento en que la interlocutora estaba demandando información sobre una enfermedad que tenía “Porque a mí me lo recomendó una amiga, estaban hablando de cáncer en el útero y yo estaba en esos días enferma de la matriz, estaba con hemorragias, entonces yo empecé a ver el programa y recomendaban ejercicios, a raíz de eso empecé a verlo (...) eso fue hace tres años y medio”, señala.

El programa le gusta principalmente porque es muy entretenido y ameno, el médico explica muy bien los temas y su lenguaje es claro, además hace uso de recursos didácticos y le parece que el tiempo al aire es adecuado “...Me gustaba la dinámica del programa. Es bueno porque lleva gente, los pone a participar y es muy claro para dar las explicaciones (...) él al principio lleva unas personas, las pasa allá adelante, a unos los pesan, a otros los ponen a hacer unos ejercicios”. Esta información la comparte con su grupo de amigas y con su hermana, además de otra información que ella crea que les pueda ser útil a las personas cercanas.

Los temas de salud que más recuerda del programa son sobre el cáncer de útero, el cáncer de seno, el sobre peso, los problemas de salud sexual y los problemas con la pareja; incluso al indagar sobre recordaciones específicas respecto a los contenidos de los programas, explica las enfermedades, recuerda las precauciones y recomendaciones, las actividades realizadas con los invitados, las interacciones con el público, etc.

De toda la información recibida, ha aplicado lo relacionado con los remedios con plantas y recetas caseras para el cuidado de la piel, también ha aplicado los aprendizajes obtenidos respecto

a la alimentación, “Sí, empieza uno a cambiar la forma de comer (...) al desayuno, uno desayuna bien, al almuerzo se trata de hacer también un almuerzo bueno y que sea equilibrado, y a la comida tratar de que sea también más o menos como un desayuno”, expresa.

La interlocutora, frecuentemente busca informarse sobre salud, incluso cuando no ve programas en televisión, busca contenidos audiovisuales en internet, manifiesta que en especial le ha interesado buscar información sobre la matriz, problema de salud que la ha aquejado y temática de terapias de rehabilitación física, campo en el cual ella se desempeña.

6.3.4. Entre la compañía entretenida y la ayuda educativa: el lugar de la televisión en salud en la vida de las mujeres.

En el apartado anterior se pudo analizar la manera en que la televisión hace parte de la cotidianidad de las interlocutoras entrevistadas y el modo en que las televidentes construyen hábitos y rituales particulares al ver televisión, pues es en este ámbito cotidiano del hogar en donde se generan “los marcos idóneos dentro de los cuales los mensajes adquirirán sentido” (Corominas, 2014, p. 3). De manera que es en el contexto de recepción, esto es, en el contexto sociocultural del sujeto, en donde se realiza el proceso de significación diferencial de los textos televisivos, en este caso, de los mensajes en salud.

En este sentido, la identidad de las televidentes “determina lugares, hábitos y prácticas de recepción televisiva” (Vega, 2005, p. 143). De hecho en las historias de vida televisivas se observa que hay tres características fundamentales que permiten comprender las prácticas de las interlocutoras respecto a la recepción, estas son el género, la condición de madres y el rol que desempeñan como amas de casa. La temática de la salud, si bien no se trata de su temática preferida, es uno de los temas que hace parte de sus parrillas de programación; incluso se llega a

los programas por medio del zapping o canaleo, pocas veces son recomendados por otras personas o se llega a ellos de manera intencional.

En el contexto de recepción del hogar se generan ciertas expectativas frente a la televisión y los programas de salud. En este caso en particular, se observa como estas mujeres ven televisión, en particular, programas de salud, en primer lugar, para entretenerse y, en segundo lugar, para educarse. Como lo argumenta Fuenzalida (2005), “la situación hogareña de recepción por parte del ama de casa muestra una particular expectativa acerca de una “televisión educativa” para el hogar. Desde un punto de vista temático, la expectativa educativa se relaciona con mejoría de la calidad de vida cotidiana en el hogar y con identidad femenina” (p. 129).

Las televidentes demuestran preferencia por los programas de género magazine, y algunas mencionaron los Talk show, pues sienten que esta es una manera entretenida y amena de presentar los contenidos en salud. Además se conectan fácilmente con programas en los cuales se presenten casos de la vida real o se nombren problemas cotidianos, con los cuales se logren enganchar emocionalmente. Sin embargo, ninguna de las interlocutoras manifestó ser televidente fiel de algún programa de salud en específico, vuelven a ellos si se sintieron conectadas tanto con los temas, como con el enfoque con el que son trabajados. Y si bien su primera expectativa para ver televisión y en particular, los programas de salud, es el entretenimiento, esto no está en contravía de la expectativa educativa, pues según Fuenzalida (2005)

La entretención televisiva constituye una estructura lúdico-dramática desde cuyo interior se puede obtener un aprendizaje útil para la vida, y que se obtiene menos por la vía racional del análisis conceptual y más por la vía afectiva del reconocimiento con situaciones alusivas a la vida cotidiana y con personas significativas –sean reales o ficticiales (...) Desde el punto de vista de la recepción televisiva, la entretención es un

sentimiento complejo que se opone al aburrimiento, al desinterés, la desatención, el no-involucramiento. El sentimiento de entretenimiento no se opone, entonces, ni es contradictorio con información o educación, esto es, no es un sentimiento que anule la cognición, uno de los grandes temores en occidente (p.131, 134).

Además, se ha argumentado que el Eduentretenimiento o entretenimiento educativo, puede generar impactos a nivel educativo, debido a que las interlocutoras se pueden enganchar más fácilmente con los programas. De manera que se convierte en una de las estrategias para que los programas puedan ser más cercanos (Tufté, 2004).

Su principal expectativa educativa en salud es aprender sobre las causas y tratamientos de las enfermedades, además les gusta otros contenidos relacionados con cocina o alimentación, la actividad física y la cosmética, como el cuidado de la piel o el cabello, tips de belleza, control del peso, entre otros.

Además, las interlocutoras demandan otros temas a los programas de salud, temas que les sirva para resolver esas situaciones que se presentan en su vida cotidiana. Esto se refleja en las historias de vida sobre todo de aquellas interlocutoras que tienen un menor acceso a otras fuentes de información además de la Tv, incluyendo las asesorías de las consultas médicas, a las cuales varias de ellas han tenido dificultades para acceder. Y por lo general, las interlocutoras entrevistadas manifiestan confiar en la información que se da en los programas de salud, principalmente porque los programas son presentados por expertos en los temas o invitan personas que lo son, por tanto estas personas legitiman los contenidos. Además se hace alusión al uso de índices y estadísticas, que refuerzan esa confiabilidad. Al respecto Fuenzalida expresa que “son las mujeres de estratos medios y populares quienes tienen más expectativas educativas hacia la televisión. Tan diversa actitud se debe, al parecer, a la mayor disponibilidad de oportunidades en los estratos altos, y al

menos acceso y acumulación educativa en los estratos populares. Aparece también una muy diferente valoración de la confiabilidad de la información profesional televisiva” (2005, p .36).

En consecuencia, las demandas de información en salud, se basan en aquellas temáticas que se puedan aplicar en su cotidianidad y que les ayude a resolver problemas de salud, pues “la solución de problemas de violencia intrafamiliar, drogas, alcoholismo, embarazo adolescente, delincuencia y otros problemas sociales, depende también de hábitos discutidos, aprendidos y reforzados en el hogar. La nueva sensibilidad a la calidad de vida en el hogar también vuelven públicos y políticos temas antes eran invisibles en la privacidad, como la violencia contra la mujer, la violencia sexual contra los niños y otros” (Fuenzalida, 2005, p.49).

En general, cuando encienden el tv en la mañana, lo hacen antes de comenzar la jornada. La tarde es la franja horaria en que todas ellas ven tv en salud. Fuenzalida (2005) menciona que hay tres etapas que componen las rutinas diarias de las mujeres y en cada una de esas etapas hay diferentes expectativas educativas. La etapa de intenso trabajo, es el momento en el cual deben realizar diversos oficios en el hogar y prima el seguimiento de manera auditiva de la televisión, la expectativa educativa de este momento “aparece cotidianizada y motivada por las necesidades existencialistas del hogar, más que por contenidos escolares” (p. 31), es decir, también es una expectativa situacional debido a que están preocupadas por ver información sobre tips y productos de aseo del hogar y todos aquellos temas que se relacionen con los oficios domésticos. También está la etapa de descanso postmeridiano en la que la expectativa educativa es aprender desde los casos de otras personas, “la forma de encarar problemas cotidianos sentidos como semejantes” (p. 32). Y la etapa prime time, en la que se dedican a descansar y su expectativa va más encaminada al entretenimiento. Sin embargo, en el caso de las cinco interlocutoras y tal cómo evidencia

Agudelo (2016), la franja de la tarde, es decir, la etapa postmeridiana es en la que las mujeres se dedican a ver los programas de salud.

Cada una de las televidentes tiene rituales particulares para ver televisión, no obstante, tienen en común realizar otras actividades mientras ven televisión, como aquellas labores domésticas que requieren tomar asiento, tales como tejer, doblar ropa, pintarse las uñas, entre otras. Esto se debe a que son mujeres con múltiples ocupaciones y no pueden dedicar un momento del día exclusivamente a ver televisión “En esta experiencia de la recepción se constata que la atención que se da a los programas es efímera, frágil y dispersa, ya que frente al televisor se desarrollan hábitos, rutinas y actividades diferentes al presenciar de manera concentrada los mensajes” (Rincón, 2002, p.93-94). Es exclusivamente en las noches, es decir, en la etapa prime time, cuando solo se dedican a ver Tv, esto se debe a que es momento en que se disponen a descansar.

Pasan la mayor parte del día solas, de modo que la tv se convierte en su compañía, como lo expresa Sansores (2002), hay unos usos estructurales de la Tv, para las amas de casa, “proporciona, por ejemplo, compañía mientras se realizan las tareas domésticas. Además, como están solas en el día, eligen los programas que quieren ver; mientras que generalmente en las mañanas son los hijos los que eligen qué ver, como es el caso de Carol, y en las noches son sus esposos quienes regularmente eligen la programación.

En semana sus rutinas para ver televisión están más establecidas que los fines de semana, incluso algunas de ellas no encienden la tv estos días. Esto corresponde al cambio de rutinas que se dan estos días, donde en la semana generalmente se siguen unas rutinas diarias y los fines de semana salen de sus casas o se reemplazan esas rutinas por otras actividades de interés familiar. “El ciclo diario en los días laborales entre lunes y viernes tiene una cierta regularidad en mujeres

amas de casa, más marcada en estratos medios y bajos y más flexible en grupos que disponen de ayuda para el trabajo en el hogar” (Fuenzalida, 2005, p. 28)

Los medios de comunicación más usados por las televidentes más adultas son la televisión y la radio, y en el caso de las interlocutoras más jóvenes, prima el internet, seguido de la televisión. Incluso algunas de ellas complementan la información de los programas por medio de internet. En las mujeres adultas prima la televisión debido a que no están muy familiarizadas con el internet, lo contrario a la televisión, a la cual desde muy jóvenes han estado expuestas a este medio, tal como se describió en las historias de vida televisivas.

Las interlocutoras de mayor edad manifiestan que entre sus rituales también se encuentra tomar nota de aquellas recomendaciones que perciben como interesantes de los programas.

Además, cuentan que generalmente comparten la información que se aprende en los programas con sus familias, amigas, vecinas o con otras personas que puedan necesitar de ella. Este es uno de las modalidades de apropiación de los contenidos. Sobre este tema, es decir, las acciones realizadas con los contenidos, se trabajará en el siguiente apartado.

6.3.5. Recepción televisiva en salud: interacción, mediaciones y apropiaciones en salud

Con el objetivo de realizar la selección de los programas que posteriormente se verían con las televidentes, se realizó seguimiento a diversos canales de la televisión colombiana y los programas con contenidos en salud, a partir de los siguientes criterios: programas de televisión nacional y programas de televisión regional o local, de canales públicos y privados, que fueran diversos en cuanto a formato o género televisivo, y que, comparado con otros programas del canal, fuera el que contara con mayor contenido en salud. Finalmente se seleccionaron cuatro programas de televisión con contenidos en salud: Medellín, ciudad saludable, del canal público y local

Telemedellín; Los buenos años, del canal privado y regional Televid; La sección de salud de la Doctora Fernanda del noticiero del canal privado nacional Caracol; y el ABC de la salud de las noticias del canal privado nacional RCN.

Antes y después de ver los programas se realizó entrevistas a las interlocutoras acerca del formato y contenido de los programas. De modo que en este apartado se analiza la manera en que las cinco interlocutoras interactúan con los programas de salud vistos con ellas, esto es, las mediaciones y los factores que inciden en la comprensión, recordación y apropiaciones que se realizan las de los contenidos.

En general, las interlocutoras manifiestan recordar los programas en el siguiente orden: la hernia del núcleo pulposo, de Los Buenos años; el aceite de cocina, del ABC de la salud que hace parte de las Noticias Rcn; navidad no es sinónimo de excesos, de la sección de salud de la Doctora Fernanda, que hace parte de las Noticias Caracol; y por último el acceso a los servicios de salud, del programa Medellín ciudad saludable. No se recuerda el nombre de los programas, se les nombra como “el de la hernia”, “el de Televid”, “el de la medicina subsidiada”, etc. Lo mismo pasa con los demás programas televisivos de salud que hacen parte de sus parrillas de programación.

Programa: Los buenos años

Capítulo: La hernia del núcleo pulposo.

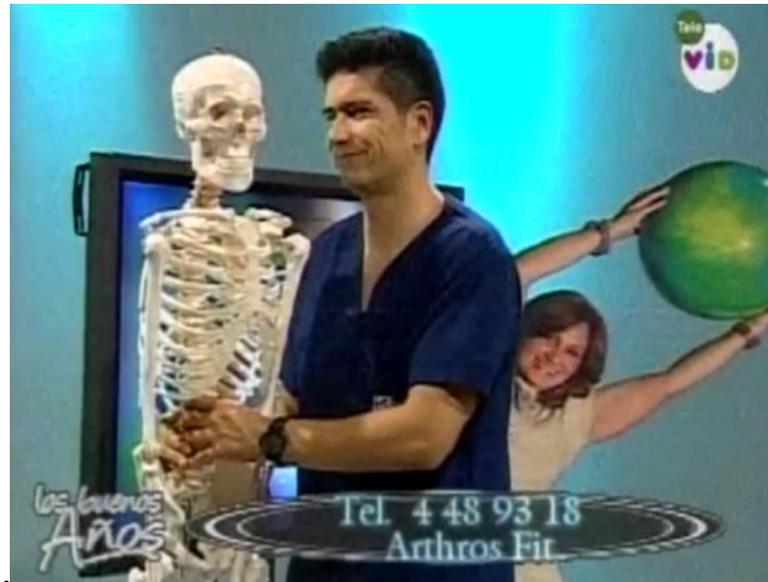


Figura 2: Jorge Vélez y Georgi. Fuente: Programa de televisión Los buenos años.

Este programa resultó ser nuevo para todas las interlocutoras, pues aunque estas tuvieran conocimientos acerca de las hernias, ninguna de ellas sabía de qué se trataba una hernia en el núcleo pulposo, incluso ninguna de ellas sabía a qué aludía el nombre del programa. De manera que todas adquirieron nuevos conocimientos sobre este tema. Hay tres mensajes que se recordaron muy bien, uno, es sobre el lugar en donde se produce la hernia “en la columna” (Amparo Galvis, enfermera jubilada, 59 años, dos hijos, nivel socioeconómico medio-alto) y el otro es sobre las causas de la enfermedad “Por exceso de peso, por malas posturas, yo digo que malos hábitos de posturas y exceso de peso” (Patricia García, terapeuta física, 42 años, un hijo, nivel socioeconómico alto). Y por último, se recuerdan los cuidados que se deben tener para prevenirla “evitar la mala posición, y los esfuerzos de más” (Gloria Arroyave, ama de casa, educación básico, 33 años, un hijo, nivel socioeconómico medio).

Después del visionado del programa, se indagó a las interlocutoras por algunos temas en específico, de los cuales hubo buena recordación, pero fue común que para explicar no les bastara con las palabras, sino que debieron acudir a demostraciones con las manos, tocando las partes del cuerpo, por ejemplo. Sin embargo, en la entrevista final, realizada con un intervalo de dos semanas, recordaron muy poco sobre la información brindada por el programa. Esto se debe a que el programa, a pesar de que hubo ayudas didácticas como dibujos y videos que las televidentes resaltaron por haber ayudado a clarificar un poco los mensajes, el lenguaje utilizado en el programa resultó ser muy técnico, lo cual dificultó tanto su comprensión, como su posterior recordación “El de la hernia me parece que es un programa muy interesante, hay veces que maneja un vocabulario un poquito que no lo entiende mucho uno, ahora las mamás y las señoras que ven esos programas menos lo entienden...” (Patricia García, terapeuta física, 42 años, un hijo, nivel socioeconómico alto).

Es así como las interlocutoras recordaron que las temáticas por las cuales se les indagaba sí aparecían en el programa expresando “ah sí, eso lo explicaron ahí” o “Eso también lo nombraron”, pero no recordaron la información dada al respecto. Así pues, respondieron a las preguntas más a partir de sus conocimientos previos sobre las hernias, que a partir de los aprendizajes del programa.

La única televidente que logró recordar un poco más la información del programa fue Patricia, en quien influye una mediación importante y es su experiencia con una enfermedad enunciada en el programa y fue sobre la ciática “hablaron de los problemas de la columna, de la ciática (...) que era una hernia en la parte baja de la columna” (Patricia García, terapeuta física, 42 años, un hijo, nivel socioeconómico alto), enfermedad que, según el presentador, se relaciona con la hernia del núcleo pulposo. Amparo también logró recordar una que otra información dada en el programa, que se debe a la combinación de sus saberes previos como enfermera.

Sobre este programa todas están de acuerdo con que es entretenido, debido a la interacción que se realiza con Georgi, el esqueleto humano, con quien el presentador hace algunos chistes, “El de los buenos años me gusto más, porque es como más fácil de llegar, porque es como más divertido, más cómico” (Carol López, independiente, bachiller Académico, 22 años, un hijo, nivel socioeconómico medio). Además llama la atención los recursos didácticos utilizados como los dibujos, los vídeos, gráficas, etc. que son utilizados para explicar los temas.

Las interlocutoras manifiestan que el programa es “muy interesante (...) siempre me ha parecido muy interesante, sobre todo para las personas que son de mayor edad” (Gloria Arroyave, educación básica, 33 años, un hijo, nivel socioeconómico medio), o en palabras de Luz Delia:

Es que todos dos estuvieron muy interesantes pero el de los buenos años, estuvo mejor (...) mire que usted muchas veces va donde el médico y no sabe de qué se trata la enfermedad y uno va donde el médico, el médico lo receta, usted se toma la droga y muchas veces se toma el medicamento pero no sabe profundizar que significa la enfermedad. Y es más bueno así porque le explican de que se trata la enfermedad, una cosa es que le digan a usted, que sufre de la columna, le mandan pastillas o esas tales tramadol para el dolor; mientras que así, usted sabe especificar que es una hernia, a raíz de que dan las hernias, como las otras enfermedades que se pueden derivar de esa enfermedad... (Bachiller académico, 39 años, 2 hijos, nivel socioeconómico bajo).

Se puede ver en el comentario de esta interlocutora que valoró mucho el programa por haber explicado la enfermedad y sus causas, haciendo el papel que, según ella, deberían hacer los médicos en el consultorio y es explicar las enfermedades y no simplemente recetar, pues los pacientes se toman el medicamento pero no saben qué tienen, ni por qué les recetan cierto tipo de medicamentos. Este fue el programa que más les gustó a las interlocutoras en general, no específicamente el tema, sino el formato del programa y el carisma del presentador.

Programa: El ABC de la salud, Noticias RCN.

Capítulo: El uso del aceite.



Figura 3: Tema del día "uso del aceite de cocina". Fuente: Noticias RCN

Para ninguna de las interlocutoras el tema acerca de los usos del aceite resultó ser novedoso, todas tenían conocimientos previos sobre los efectos que puede causar la reutilización del aceite “yo lo tenía muy claro, entre más claro y de mejor calidad más saludable es, y el aceite de oliva no se debe calentar porque pierde sus aportes nutricionales, es mejor utilizarlo en frío en ensaladas” (Amparo Galvis, enfermera jubilada, 59 años, dos hijos, nivel socioeconómico medio-alto). Estos conocimientos provienen de su experiencia como amas de casa, además, algunas expresaron que ya lo sabían por medio de artículos de revista, otros programas de TV y una de las interlocutoras dice que se debe a la información que le dio la nutricionista en una cita médica.

A pesar de que se tenían conocimientos básicos sobre el buen uso del aceite, se analiza en las entrevistas como a partir del visionado del programa, se ampliaron sus conocimientos respecto a saber reconocer el momento preciso en el cual debe cambiarse, pues cuando se indagó al respecto,

todas tenían criterios diferentes sobre esto, al respecto manifiestan que el aceite se debe cambiar “Cada que se vaya poniendo medio negrito ahí mismo se debe cambiar y porque es toxico” (Patricia García, terapeuta física, 42 años, un hijo, nivel socioeconómico alto), o como lo expresa Gloria,

Porque trae muchas consecuencias (...) cuando está empezando a echar humo es porque está quemado, es como muy necesario que la gente sepa del buen manejo que se le debe dar al aceite, porque hay muchas personas que no lo tienen en cuenta. No se debe reutilizar, que si utiliza una vez y ya tiene un color oscuro, un color diferente se debe cambiar y no se puede mezclar ni con agua ni con otras sustancias (educación básica, 33 años, un hijo, nivel socioeconómico medio).

Y si bien las televidentes conocían que la reutilización del aceite podría afectar la salud, no se tenía claridad sobre cuáles eran esos problemas que podría causar. En la entrevista manifiestan que es porque “es tóxico, porque es cancerígeno, porque produce un mal olor y la comida se absorbe toda esa grasa” (Patricia García, terapeuta física, 42 años, un hijo, nivel socioeconómico alto), “[El aceite reutilizado] es tóxico para la sangre, puede producir cáncer también” (Luz Delia, bachiller académico, 39 años, 2 hijos, nivel socioeconómico bajo).

En las conversaciones sostenidas con las interlocutoras, ellas no solo responden a partir de los conocimientos brindados por el programa, sino que complementan la información con sus otros saberes, un ejemplo de esto es que al preguntarles sobre la marca del aceite que cada una usa y la razón, ellas expresaron “Aceite vegetal porque por ejemplo, hay unos que se ven súper amarillos, y este se ve mucho más clarito, entonces como que piensa uno que es más sano, y como es vegetal” (Carol López, bachiller Académico, 22 años, un hijo, nivel socioeconómico medio), “Canola porque según las estadísticas, dicen que el aceite de canola o el aceite de oliva, tienen menos grasas

trans y es mejor para el corazón” (Gloria Arroyave, educación básico, 33 años, un hijo, nivel socioeconómico medio).

Este fue el programa del cual se comprendieron mejor las temáticas. Esto se debe a que resultó ser un tema cercano a sus cotidianidades, fácil de comprender y con información concisa. Sin embargo, debido a la duración del programa, aún les quedaron diversas dudas sobre el tema del uso del aceite, en otras palabras, para las interlocutoras, este programa fue el más incompleto. De manera que surgen ciertas preguntas como “Que si hay un aceite en especial, o sea, que si alguno se puede reutilizar o si de hecho ninguno...” (Carol López, bachiller Académico, 22 años, un hijo, nivel socioeconómico medio).

Programa: La sección de salud de la Dra. Fernanda

Capítulo: Navidad no es sinónimo de excesos



Figura 4: Tema del día “Navidad no es sinónimo de excesos” y “Campaña sobre la pobreza”. Fuente: Noticias Caracol.

La información brindada por el programa resultó ser clara para las televidentes, todas comprendieron el mensaje principal sobre la alimentación en diciembre. Las interlocutoras comentan que el mensaje central del programa es sobre cómo moderar la alimentación en diciembre, Patricia lo sintetiza como “Poca cantidad, fraccionada, muchas ensaladas y frutas; moderando la comida” (Terapeuta física, 42 años, un hijo, nivel socioeconómico alto). Al respecto Carol dice que se trata de “bajarle un poquito a algo en el almuerzo, y al desayuno para poder comer un poquito más en la noche, o moderar el consumo que no sean simplemente fritos, sino incluir vegetales y ensaladas, o sea que si hay una manera de que usted pueda comer todo lo que le gusta, pero sin excederse” (Carol López, bachiller Académico, 22 años, un hijo, nivel socioeconómico medio). Por su parte Gloria manifiesta que “Todo en exceso hace mucho daño y que sobre todo para las personas que tienen algún sobrepeso o alguna enfermedad del colesterol o azúcar, todos esos excesos hacen daño para la salud” (Gloria Arroyave, educación básico, 33 años, un hijo, nivel socioeconómico medio). Y Luz delia dice “Ella [la doctora Fernanda] dijo que comer de todo, pero en ciertas cantidades y es más recomendable comerse de una vez una porción que se vaya a comer usted, que picar, porque usted estando comiendo cada momentico eso es lo que hace daño”. (Luz Delia Carmona, bachiller académico, 39 años, 2 hijos, nivel socioeconómico bajo). Puede verse a partir de todos los testimonios de qué manera el mensaje central del programa quedó muy claro.

Las televidentes manifiestan que el no moderarse con la alimentación puede generar muchos problemas en la salud, principalmente puede producir obesidad. Este tema es de interés sobre todo para aquellas que se preocupan más por la estética, como es el caso de Carol y Gloria, esta mediación es de gran importancia, porque fueron ellas dos quienes más interesadas se mostraron en la temática; al respecto manifiestan “La obesidad trae muchas consecuencias porque se afecta

la salud por que empiezan los problemas de colesterol, azúcar en la sangre y por la estética” (Gloria Arroyave, educación básico, 33 años, un hijo, nivel socioeconómico medio); “Si, pues primero, estéticamente yo creo que siempre tiende a verse bien, porque el prototipo de la sociedad es siempre estar uno delgado, pero en la salud, yo creo que es imprescindible” (Carol López, bachiller Académico, 22 años, un hijo, nivel socioeconómico medio). Es una necesidad sentida para estas dos interlocutoras controlar la alimentación, por lo tanto es un factor importante en el interés y aplicación de los mensajes es la necesidad actual.

En contraste, a Patricia y Luz Delia, aunque les parece importante la información dada en el programa, sienten que esta no es aplicable en navidad, manifiestan que son recomendaciones “Muy buenas, pero muy difíciles de hacerlas, yo soy una que no las hago ¿Es que para qué si yo no soy capaz de hacer dietas?...” (Luz Delia Carmona, bachiller académico, 39 años, 2 hijos, nivel socioeconómico bajo); “Pues muy buenas, pero es que eso no vale ¿Quién va a hacer a un lado un postre bien rico, una natilla, unos buñuelos, un arequipe? (...) cuando uno está aliviado no le para bolas a esas recomendaciones...” (Patricia García, terapeuta física, 42 años, un hijo, nivel socioeconómico alto).

Este programa se caracteriza por ser de corta duración (3 minutos), motivo por el cual hay información en la que no se profundiza y que las televidentes demandan. Uno de estos casos es cuando Luz Delia dice que le parece importante que se hable del cuidado que se debe tener con la alimentación y con las dietas que a veces no se hacen de manera responsable y terminan siendo contraproducentes,

Sería como muy bueno que una nutricionista lo guie a uno en una buena alimentación, que uno no se enferme y que pueda tener una vida saludable, porque es que mire que la mayoría de la gente se enferma con las dietas porque no las saben hacer, porque mire que hacer una dieta no es fácil. La

anorexia viene a raíz de las dietas, mucha gente ha perdido la vida a raíz de las dietas y gente que también ha perdido la vida por no cuidarse. O sea que todo en exceso es malo, si usted no hace dieta se vuelve obesa y puede ser propicia a muchas enfermedades, si usted se cuida demasiado también puede ser propicia a una enfermedad, entonces yo digo que uno debe ir siempre como de una persona que sepa (...) gente que nunca hace dietas, porque “es que yo nací para morirme, entonces muero contenta” y resulta que sí, mueren de un infarto porque nunca se cuidan” (Luz Delia Carmona).

Esta temática fue muy clara para las interlocutoras, a pesar de que la experta que explicó algunos asuntos en el programa utilizara tecnicismos. Esto se debe a que se trata de un tema cercano a las mujeres, porque son estas las encargadas de preparar los alimentos en sus casas, entonces la alimentación al hacer parte de una necesidad cotidiana es un tema que se demanda por las interlocutoras, y que ellas, al tener un acercamiento a este, comprenden bien los mensajes.

En el programa, se trabajaron dos temas, uno fue el que ya se mencionó sobre la alimentación y el otro fue sobre una campaña que se realizó acerca de la pobreza. Este último tema no resultó ser significativo para ninguna de ellas y todas lo interpretaron de manera diferente, algunas relacionaron el tema con el hambre, otras con la estética, la política, etc. El hecho de no comprender bien el mensaje se lo atribuyen a la brevedad de tiempo que se le dedicó y lo poco que se logró decir en ese tiempo.

De manera general, el tema de la alimentación al tratarse de un tema del que las televidentes tienen un vasto conocimiento, no amplió de manera significativa sus conocimientos, sino que ayudó a reafirmar algunos de ellos y a complementar otros.

Programa: Medellín ciudad saludable

Capítulo: Los servicios de salud en la comuna 6, Belén



Figura 1: Tema del día "El acceso a los servicios de salud en Belén". Fuente: Programa Medellín ciudad saludable

Después del visionado del programa, hay dos mensajes que todas las interlocutoras recordaron: Las citas se deben pedir por teléfono y todas las personas pueden estar afiliadas al sistema de salud, expresado por Carol “Hicieron un censo y se dieron cuenta que más de 10 mil personas no están en el sistema de salud, pero es porque no han querido porque explicaron que la facilidad es mucha, es si no acercarse y llenar un formulario” (Bachiller Académico, 22 años, un hijo, nivel socioeconómico medio).

Pero aunque los mensajes fueron claros, la mayor parte de las interlocutoras se muestran en desacuerdo con este “Escuché todo el programa quejas de los usuarios que llaman a decir que habían personas que hace un año estaban pidiendo una cita y que nunca la había podido encontrar, que porque la pedían por teléfono y la que siempre estaba la línea congestionada, y que si iban

directamente al punto de atención, le decían que no, que tenía que ser por el call center” (Gloria Arroyave, educación básico, 33 años, un hijo, nivel socioeconómico medio), “Según ellos, no es sino llenar un formulario [para afiliarse] y listo, pero no es así, eso no es tan fácil” (Patricia García, terapeuta física, 42 años, un hijo, nivel socioeconómico alto). Puede verse de qué manera las interlocutoras no se quedan con los mensajes que emite el programa sino que lo relativizan a partir de su experiencia propia o de personas cercanas y los conocimientos previos al visionado del programa.

Además hay dos factores desde la producción del programa que inciden en esta comprensión, el primero tiene que ver con la reafirmación de los mensajes dentro del programa, el segundo, tiene que ver con un factor que no se controló desde la producción del programa y es que al ser un programa que se transmite en vivo y que recibe llamadas de las personas, no se puede tener un control sobre las intervenciones de estos, pues en el caso de este programa hubo un par de llamadas de televidentes que se quejaron del sistema de salud por la dificultad para programar las citas y acceder a la atención de especialistas, incluso en la que se hizo mención sobre este tema, la televidente que se comunica al programa expone el caso de su esposo quien muere esperando una cita de carácter urgente, este hecho dramático ocasionó que las interlocutoras se enfocaran en él y que se conectaran con este caso.

En consecuencia, recordaron los mensajes, pero a su vez los criticaron e incluso se le hacían preguntas a este “¿Por qué tanta negligencia cuando uno necesita una cita con un especialista, porque se han visto muchos casos de personas que se mueren esperando citas, de hecho se mueren y después de 6 meses no han llamado para la cita que uno necesitaba con tanta urgencia?” (Gloria Arroyave, educación básico, 33 años, un hijo, nivel socioeconómico medio). Puede verse entonces cómo el factor emocional tiene gran incidencia en la recordación de los mensajes.

Incluso, la única interlocutora que no cuestionó la información brindada por el invitado, fue Carol, esto se debe a una mediación importante y es que esta interlocutora no ha tenido inconvenientes con el sistema de salud e incluso se ha enterado de muy pocas experiencias negativas de otras personas.

Este programa fue el más largo entre los cuatro que se vieron con las interlocutoras (60 minutos), uno de los factores que influyó en la recordación de las temáticas, pues debido a su duración muchos de los mensajes se diluyeron en el programa. De modo que solo quedaron aquellos que se reiteraron más, pero que además generaron controversia. Esto se percibe con mayor claridad en el caso de Amparo, pues en el transcurso del programa mira su reloj y dice “que programa tan largo”, lo cual demuestra que ya se sentía un poco exhausta de ver el programa. Luz Delia, por su parte, expresa que “Yo le puse mucho cuidado a ese programa de Medellín ciudad saludable ¿Pero usted cree que me acuerdo qué es lo que dicen ahí? Casi no (...) no sé si es porque sería muy largo” (Bachiller académico, 39 años, 2 hijos, nivel socioeconómico bajo). De manera que el factor “duración” influyó en el nivel de concentración de las interlocutoras.

Hay otro factor importante que hizo que fuera el programa menos recordado y es que si bien las personas se sintieron conectadas con el tema de las posibilidades y barreras de acceso a los servicios de salud, al ser un programa enfocado en la comuna 4, es decir, en Belén, no se sintieron totalmente incluidas en la temática. Incluso se recordaron más los temas justo después del visionado del programa, pues en la entrevista final se percibe que solo se quedaron con los mensajes más generales y que al hacer las preguntas sobre el programa, las interlocutoras combinan la experiencia previa con los mensajes del programa “Será por lo que he visto en unas partes es que una partes no hay médicos, no hay camas, en otras no hay medicamentos (...) lo que más me acuerdo es eso que las personas van a pedir una cita personal y no se puede entonces

deberían tener como más líneas públicas porque con una sola línea no van a poder conseguir esas citas”. Puede verse cómo priman sus conocimientos previos y que además realiza una crítica al programa debido a la información de las llamadas.

Ninguna de las interlocutoras buscó más información acerca de los contenidos emitidos por el programa, pero todas ellas estuvieron de acuerdo con que el programa amplió o complementó los conocimientos previos que tenían respecto al sistema de salud. Al respecto mencionan que el programa Medellín ciudad saludable, es de gran interés para las televidentes debido a que informan sobre diversas temáticas de las cuales no se tiene mucho conocimiento, como las relacionadas con el sistema de salud “Muy interesante, yo no sabía tantas cosas que uno debería saber como ciudadano que paga un régimen contributivo y uno con tantos derechos y no sabe y es un programa muy informativo” (Patricia García, terapeuta física, 42 años, un hijo, nivel socioeconómico alto).

Las interlocutoras le hacen preguntas al programa “¿Hasta cuándo va a estar la salud tan mala?, porque él dijo que el año entrante iba a estar peor de mala, entonces que esperanzas tenemos de llegar a un hospital y quedarse uno ahí sentado espere y espere a que lo atiendan y uno pagando”. (Patricia García, terapeuta física, 42 años, un hijo, nivel socioeconómico alto). Estas preguntas dan cuenta de que las mujeres son activas en el proceso de televidencia, al cuestionar los mensajes y hacerle preguntas al programa.

6.3.5.1. Factores que facilitan la recepción televisiva en salud

A partir de la interacción de las televidentes con los programas anteriormente expuestos, se pudo evidenciar que existen ciertos factores que favorecen la recepción y apropiación de los contenidos televisivos en salud (Agudelo, 2016). Estos factores hacen parte a su vez del grupo de las mediaciones subjetivas y socioculturales, tales como conocimientos previos, el entorno

familiar, la experiencia, el interés personal por un tema, el acceso a otras fuentes de información, el género, el rol de madre, la edad, la escolaridad y el nivel socioeconómico. Además se identificaron otros que tienen que ver con la producción y el formato de los programas a saber: el lenguaje verbal del emisor, las ayudas didácticas, los presentadores, la aplicabilidad de las recomendaciones en salud y la emotividad generada. En este apartado se describirán las mediaciones y factores mencionados.

Conocimientos previos: Como se mencionó en la metodología, antes de ver los programas se realizó una entrevista a las interlocutoras que indagaba sobre los conocimientos previos que estas tenían acerca de los programas que se verían con cada una de ellas, para reconocer qué sabían ellas sobre esas temáticas y qué conocimientos nuevos adquirirían después de su visionado, con el fin de identificar qué información se privilegiaba, el conocimiento propio o los brindados por el programa. Lo que se encontró es que las interlocutoras al tener una noción más amplia de la salud y al contar con gran experiencia sobre varios de estos temas, daban cuenta de los contenidos, combinando los aprendizajes obtenidos en los programas, con los conocimientos previos con los que contaban. Un ejemplo de esto es cuando se le pregunta a Amparo por los problemas que puede generar la reutilización del aceite “Cáncer, hipercolesteronemia (...) obesidad, taponan las venas, colesterol, triglicéridos, puede causar infartos” (Enfermera, jubilada, 59 años, dos hijos, nivel socioeconómico medio-alto), entonces puede verse a partir del visionado de este programa cómo amplía, en su respuesta no solo incluye la información del programa, sino que además la amplía.

Además este factor tiene que ver con las nociones de salud de las televidentes, pues al ser más amplia, complementan la información a partir de allí.

Entorno familiar: La familia constituye una de las mediaciones institucionales más importantes para el proceso de recepción, es allí, donde se generan las primeras significaciones de los contenidos simbólicos que circulan en los medios de comunicación.

La experiencia: Esta es una mediación fundamental, pues la experiencia propia o de alguien cercano con la salud y el sistema de salud, hace que las personas se sientan interesadas por los temas, además de que pueden comprender mejor los contenidos al estar relacionados con alguna vivencia propia. Esta mediación puede equiparar el nivel académico o el conocimiento académico sobre el tema, “De mucho interés más que todo el [programa] de las hernias, porque tengo un caso cercano” (Carol, bachiller Académico, 22 años, un hijo, nivel socioeconómico medio).

El interés personal por un tema: La recordación de los programas coincide con las mediaciones acerca del interés, pues efectivamente la información que ellas dicen recordar más es de los programas que más le interesan. Esto también determina el nivel de concentración de las televidentes en los programas. El interés en el tema de la salud también tiene que ver con la estética

El acceso a otras fuentes de información: al acceder a otras fuentes de información, pueden adquirir mayores competencias que les permite realizar un contraste de la información. La televisión deja de ser el único medio de donde se extrae la información en salud.

El género: se ha demostrado en capítulos anteriores como este factor es determinante en el relacionamiento con la salud, de igual manera es de gran importancia en la interacción con los medios, pues ese rol de cuidadoras en salud, es un detonante para que se mantengan informadas sobre esos temas.

El rol de madre: Además de ser mujeres, ser madres se convierte en un factor fundamental para comprender y apropiar los contenidos en salud, pues son estas quienes asumen el cuidado en

salud de su familia y son las principales replicadoras de los mensajes. Además se encuentra una expectativa educativa muy fuerte frente a los programas, debido a que deben atender las necesidades en salud de sus familias.

Hay otra mediación que se conecta con el rol de madre y es la del autocuidado, pues la situación de ser madres, hace que estas adquieran una consciencia respecto al cuidado y que asuman el cuidado propio como un factor fundamental para poder cuidar a sus familias, pues deben estar saludables para poder cuidar de los demás, además es importante en la medida en que algunas de ellas esperan que, a partir del ejemplo, sus hijos también adquieran esos hábitos saludables.

La edad: A mayor edad hay una demanda superior hacia los contenidos televisivos sobre salud, debido a que la salud puede entrar en decadencia, esto permite que haya una mayor disposición a la hora de interactuar con los programas.

La escolaridad: se trata de una mediación que incide en la mejor comprensión de los temas, se trata de una mediación cognoscitiva.

El nivel socioeconómico: Este también puede ser un determinante importante en la comprensión y apropiación de los mensajes, pues influye en el acceso que se tiene a los medios para informarse sobre salud, así como en las posibilidades de buscar atención médica para restablecer la salud, como lo expresa Carol "... a veces no tengo la oportunidad, por ejemplo, de estar yendo a un nutricionista y todo eso, entonces si yo sé que tengo un programa de cosas que yo sé que son muy viables, entonces me parece mucho más fácil verlo [un programa de televisión] desde mi casa y empezar con cosas pequeñas que son como cambiar, dejar de comer algo y comer otra cosa que me hará mucho bien..." (20 años, bachiller, nivel socioeconómico medio).

Lenguaje verbal del emisor: Utilizar un lenguaje al alcance del común de las personas, es clave para que haya una mejor comprensión y recordación del programa. Incluso en el programa de Los buenos años, se dio una recordación de los contenidos después del visionado del programa, pero posterior a eso solo se quedó una información muy general. Las interlocutoras sugieren que es necesario no hablar con términos técnicos, “De pronto un poquito menos, de términos tan técnicos, como que digan más palabras más de ciudadano que le lleguen más a uno, que no tenga uno, como que le digan algo, y se quede pensando como que es en realidad y que le toque como buscar más allá, sino que sea como más específico y como más palabras como muy a lo de uno”. (Carol López, bachiller Académico, 22 años, un hijo, nivel socioeconómico medio)

Ayudas didácticas: Los recursos didácticos, tales como videos, imágenes, gráficas, etc., tienen efecto en una mayor comprensión de las temáticas. En el caso de Los buenos años, Georgi, el esqueleto humano, es uno de esos recursos que utiliza el programa para hacer que este pueda ser más comprensible y entretenido, este elemento ayudó a generar una conexión con las televidentes, “El de los buenos años me gusto más, porque es como más, como que se ve que es más fácil de llegar, porque es como más divertido, más cómico, y la doctora Fernanda es una profesional. (Carol López, bachiller Académico, 22 años, un hijo, nivel socioeconómico medio), “Muy buenos, me parece que ayuda mucho, explica y sobre todo con el esqueleto que tiene ahí, que hasta habla. Entonces ayuda mucho para la información. (Gloria Arroyave, educación básico, 33 años, un hijo, nivel socioeconómico medio)

Presentadores y expertos: Los presentadores y expertos son quienes se encargan de la legitimación de los mensajes, las televidentes, a su vez, confían más en los presentadores y expertos que cuentan con título profesional y que utilice un lenguaje adecuado para explicar las temáticas. Sobre los expertos, las interlocutoras manifiestan “había una persona que era

profesional en el ámbito de presentación, entonces bien, y había profesionales que eran pues, la doctora, entonces creaba como más credibilidad, una persona que sabe mucho como del sistema de salud, entonces es como más creíble (Carol López, bachiller Académico, 22 años, un hijo, nivel socioeconómico medio). Puede verse en este testimonio como el rol de médico también genera mayor credibilidad en las televidentes.

Aplicabilidad de las recomendaciones en salud: de los programas se valora que emitan contenidos que tengan aplicabilidad en la cotidianidad de las interlocutoras y que les ayude a resolver sus problemas y necesidades en salud.

La emotividad: El factor emocional puede hacer que las personas se conecten con las temáticas y se genere una mayor recordación.

La duración del programa: la duración puede afectar la comprensión de los mensajes, esto aplica tanto cuando es largo, como cuando es corto. En uno de los casos del visionado de los programas se dio que cuando ya el programa está avanzado, la televidente mira su reloj y dice “que programa tan largo”, lo cual demuestra que ya se sentía un poco exhausta de ver el programa, este no logró mantener su atención hasta el final (Amparo Galvis, enfermera jubilada, 59 años, dos hijos, nivel socioeconómico medio-alto).

6.3.5.2. Modalidades de apropiación de los contenidos televisivos en salud

Agudelo (2016) afirma que existen ciertas modalidades de apropiación de los contenidos, que comienzan desde ese interés de las personas por los contenidos televisivos en salud y acercamiento el acercamiento a ellos, los aprendizajes obtenidos, hasta las acciones realizadas con esos aprendizajes, como se explicó con anterioridad. En este apartado se analiza las apropiaciones

realizadas de los programas de salud vistos con ellas, sino también, las apropiaciones de las que se da cuenta en las Historias de vida televisivas.

Como se analizó con anterioridad, la manera de apropiar estos contenidos es diferencial, puesto que interviene la subjetividad de las personas en ese proceso de recepción de los mensajes y de interacción con la pantalla televisiva, que, cómo se verá a continuación, no se trata de una recepción de los mensajes de manera intrínseca, sino que en el momento en que la persona entra en contacto con el medio televisivo, y en específico, con los programas de televisión en salud, intervienen una serie de factores culturales y subjetivos que hacen que la recepción no se limite al mero visionado de los programas, esos factores han sido llamados desde la comunicación, y otras disciplinas, como mediaciones.

A partir de las historias de vida televisivas, se puede observar cómo hay algunas apropiaciones de los programas de salud en general y en los programas específicos. De los programas vistos con ellas no se pudieron percibir apropiaciones significativas, esto se debe en parte a que el intervalo de tiempo en el que se realizó la entrevista para indagar sobre las apropiaciones, fue de dos semanas, un breve lapso de tiempo para que las interlocutoras tuvieran la oportunidad de poner en práctica los aprendizajes.

En las entrevistas, fue evidente que todas las interlocutoras se encontraban interesadas en el tema de la salud, esto se debe a dos mediaciones de gran importancia como lo es el ser mujer y madre. Además, se percibe que han ampliado su conocimiento a partir de los programas televisivos en salud y que alguna vez todas han compartido los conocimientos, en las historias de vida y en las historias de vida televisivas, cuentan de qué manera comparten la información con las demás personas, sobre todo con quienes por algún motivo requieran de ella, incluso la información es comentada con integrantes de la familia, vecinas y amigas, en especial mujeres. Algunas de ellas

amplían la información del programa en otros medios, especialmente, en internet, y otras como es el caso de Amparo, confirman y amplían la información por medio de sus amigos que son personal de salud, tales como médicos y enfermeras.

Después de ver el programa se puede analizar cómo las televidentes adquirieron o complementaron conocimientos respecto a las temáticas vistas en los programas, que haya una buena comprensión de los contenidos del programa es vital para que se adquiriera o modifiquen los comportamientos en torno a la salud.

Las televidentes dicen haber compartido los contenidos de los programas con integrantes de sus familias y vecinas. Una de ellas manifiesta haberle explicado a su madre la importancia de tener más cuidado con la reutilización del aceite.

Solo una de las interlocutoras manifiesta haber buscado más información sobre los temas después del visionado del programa. Sin embargo en las historias de vida televisivas ellas cuentan cómo es común que busquen información sobre temas que les haya interesado o que les haya generado alguna duda.

Todas las interlocutoras cuentan que el visionado del programa hizo que modificaran sus hábitos respecto al uso del aceite o que potenciara el buen hábito que tenían con el uso del aceite, como fue el caso de Gloria “Claro que sí, si antes era cuidadosa con el aceite ahora sí que más, no sabía que podía causar envenenamiento” (Gloria Arroyave, educación básico, 33 años, un hijo, nivel socioeconómico medio). Además, Gloria, dice haber puesto en práctica algunas de las recomendaciones que dan en Los buenos años, tales como las posturas corporales adecuadas para no perjudicar su columna o rodillas, dice “mantenerse derecho es muy importante porque cuida más la columna, también lo de las rodillas porque una rodilla a mí me molesta”. También ha

intentado seguir los consejos acerca del control de las harinas y grasas en la alimentación que dan en otros programas como Las Tres Gracias y las secciones de salud de los noticieros.

Patricia también cuenta que ha puesto en práctica algunos de los mensajes, muy interesantes temas, lo de la ciática, le sirve mucho a uno para todo eso. Lo del aceite, pues imagínate, hoy frite unas cositas y mañana lo boto. Lo de la navidad sana también, una navidad que se come tantas chucherías y comer a deshoras. Y lo de las EPS también, procurar seguir las reglas y las normas para no colapsar tanto el servicio (Patricia, terapeuta física, 42 años, un hijo, nivel socioeconómico alto)

Además en las historias de vida se percibe cómo las interlocutoras han puesto en práctica algunas de las recomendaciones dadas por los programas, como los masajes, comida sana, ejercicio y la dieta para su esposo diabético, o Carol, por ejemplo, encontró en un programa de televisión (no recuerda el nombre), información sobre los alimentos que podía consumir para la recuperación pos parto.

7. CONSIDERACIONES FINALES

En este trabajo se avanzó en la identificación de las variables para comprender los procesos de recepción televisiva en salud, entendido como un proceso de televidencia complejo que no se limita al mero contacto físico con la televisión, sino que intervienen diversos factores antes, durante y después del visionado de los programas de salud.

A partir del recorrido histórico realizado en el primer capítulo y las condiciones actuales respecto a la salud expuestas en el segundo, se puede determinar que las nociones de salud de las televidentes ha sido construida a partir de diferentes factores históricos; fuentes de información en salud como las diversos sistemas médicos que se activan en la búsqueda del restablecimiento de la salud; otras mujeres como madres que han contribuido en la formación de conocimientos y acciones en torno al cuidado de la salud; y los medios de comunicación, especialmente la televisión, por medio de programas de salud o con contenidos relacionados; la profesión elegida, en el caso de algunas, entre otras fuentes.

De manera que se percibe como esta noción es amplia y no solo incluye la concepción de la salud como lo opuesto a la enfermedad. Esto se pudo hacer aún más visible en las historias de vida, en las cuales se evidencia que integran su vida con otras prácticas como los estilos de vida saludables y menciona el sentirse bien como uno de los elementos centrales para la salud. Así mismo, en las historia de vida televisivas y en las entrevistas realizadas a partir del visionado de los programas, se muestra como las televidentes no se quedan exclusivamente con la información dada por los programas, sino que la amplían, combinan, discuten, critican y le hacen preguntas, la deslegitiman, privilegiando así sus conocimientos, por encima del conocimiento biomédico

brindado por los programas, haciendo que entre en tensión con el discurso de la salud de los programas.

Así pues, se afirma que las mujeres no son receptoras pasivas frente a la información que presenta los programas televisivos de salud, al contrario, son televidentes activas en el proceso de interacción con las pantallas, realizando diversas lecturas frente a lo que ven y escuchan.

Si bien en el proceso de televidencia se conjugan diversas mediaciones que influyen en la comprensión y recordación de las temáticas, se constata en este estudio que para el caso específico de la recepción televisiva en salud, las mediaciones más determinantes en la apropiación son el género y el rol de madre. Estas mediaciones determinan, en gran medida, el interés que se tengan en los programas de salud, así como la comprensión de los mensajes y las acciones realizadas con los aprendizajes que se obtienen de los programas. Ello porque las interlocutoras se ven abocadas a resolver sus necesidades cotidianas respecto a temas del cuidado en salud, tanto de sí mismas como de sus familias, pues este es un deber moral atribuido histórica y culturalmente y es un escenario propio para aprender no solo desde la teoría sino también desde la práctica sobre la salud, el cuidado y el auto cuidado.

Las acciones realizadas con los aprendizajes obtenidos en los programas, corresponden a las modalidades de apropiación, de este modo, las mujeres se encuentran interesadas en el tema de salud a partir de unas expectativas de entretenimiento, pero también educativas, es decir, hay una motivación por aprender de los programas con este tipo de contenido. Pero además amplían o complementan sus conocimientos en salud, lo replican a sus familias, vecinas y amigas, en ocasiones buscan más información sobre las temáticas, principalmente en internet como es común entre las más jóvenes.

De igual modo no solo se busca aprender, sino también aplicar esos conocimientos en su experiencia cotidiana, lo cual dependen, en gran medida, no solo del hecho de ser madres sino de las necesidades en salud que tengan o las situaciones de enfermedad y, por supuesto, de la aplicabilidad de la información.

La relación que las mujeres establecen con la televisión está determinada, además, por la mediación situacional del hogar. Es allí donde ellas entran en contacto con la televisión y donde construyen ciertos rituales de relacionamiento, incluidas las significaciones primarias dadas a los textos.

La televisión es el medio que más utilizan, seguido de la radio (en caso de las más adultas) y del internet (en el caso de las más jóvenes). La franja de la tarde o etapa postmeridiano es el momento en que las mujeres ven mayor cantidad de contenidos. Entre ellos se encuentran los programas de salud o que emitan contenidos en salud nacionales e internacionales.

Sus temáticas favoritas son la prevención de la enfermedad y la alimentación, la actividad física, el tratamiento de enfermedades y los temas relacionados con la belleza. Estas temáticas corresponden a la resolución de problemas cotidianos y a la dimensión biologicista y cosmética de salud, que hace parte de sus nociones de salud. Mientras ven los programas realizan otras actividades domésticas tales como cocer, doblar ropa, pintarse las uñas, etc.

Los programas de salud no se eligen adrede, sino que se llega a ellos por azar. En este sentido, no son televidentes fieles de ninguno de ellos, y en ocasiones permanecen viendo un programa cuando se genera una identificación o una conexión con los temas o las historias. Incluso se realiza una crítica a los programas y es que no tienen continuidad, son rápidamente sacados del aire.

Las mujeres consideran que además de ser entretenidos estos contenidos, brindan información que les es útil y aplicable. También confían, generalmente, en los presentadores y especialistas que aparecen en los programas. Esta credibilidad se basa en los títulos profesionales de estos y en el lenguaje que utilizan. Las televidentes recuerdan ciertos aprendizajes que extrajeron de los programas de salud, pero no recuerdan de cuál de ellos específicamente, sino que se los atribuyen a la televisión en general.

Así pues, se afirma que la manera como las mujeres se relacionan con la salud y con la televisión, configura sus modalidades de apropiación de los programas televisivos en salud.

De otro lado, el principal aporte de la televisión a las mujeres, según ellas, es que visibiliza a la salud como tema importante, debido a la influencia que esta ejerce en las personas, a la crisis del sistema de salud y las dificultades para acceder a la asesoría y tratamiento biomédico. Visto así, se le ha delgado a la TV la responsabilidad de informar sobre salud.

Es así como la televisión extrae el conocimiento de la esfera biomédica y lo hace accesible para gran cantidad de personas. Informando, de esta manera, sobre la salud desde el paradigma biologicista, aportando elementos que pueden ayudar a las mujeres en la gestión de su salud individual y familiar (Agudelo, 2016).

Ahora bien, esta información que brinda al estar enmarcada dentro de los límites de la biomedicina, privilegia una noción biologicista, mercantilista, individual y cosmética de la salud (Agudelo, 2016). De modo que si bien aporta a las mujeres en el cuidado de la salud propia y de su ámbito más cercano, también invisibiliza las demás prácticas y saberes en salud, comúnmente estigmatizándolas por no contar con una legitimación científica. Además se deja de lado el ámbito público y colectivo de la salud, de modo que se ha quedado corta respecto al ámbito político y

actualmente no responde a las demandas sobre este tema. En consecuencia la televisión colombiana no está aportando a la gestión de la salud colectiva.

Asimismo, la televisión continúa reforzando la feminización de la salud, responsabilizando a las mujeres de estos asuntos. Esto se evidencia en que los programas y sus discursos están dirigidos principalmente a las mujeres, principalmente amas de casa, tanto por las temáticas, como por los horarios en que son emitidos los programas (Agudelo, 2016).

Los programas de salud, como se ha dicho, no tienen una permanencia en el tiempo, esto se debe a que la televisión como empresa, debe responder a los criterios de rentabilidad de los programas. De manera que operan los intereses comerciales de la televisión, sobre los educativos.

En este trabajo se logra evidenciar el potencial que tiene la televisión para la formación en salud tanto individual como colectiva. Pues en medio de la crisis del sistema de salud colombiano es necesario que la televisión brinde herramientas que permitan que las personas puedan actuar de manera informada, puedan gestionar su salud y que a la vez puedan empoderarse de sus derechos de manera que se conviertan en agentes de cambio del sistema de salud colombiano.

Asimismo, es necesario seguir produciendo información que tenga en cuenta los contextos y necesidades de las personas a quienes van dirigidos los contenidos, para que estos les sean realmente útiles y para que haya una verdadera apropiación social del conocimiento que les permita a las mujeres, no solo replicar la información al interior de sus familias y a otras mujeres, sino que le aporte en la adopción de estilos de vida saludables, en tener un mayor control sobre sus cuerpos y vidas y que las decisiones en salud, no solo sean tomadas por un gremio médico, en su mayoría compuesto por hombres, sino que ellas desde su agencia quienes puedan elegir sobre su atención y políticas públicas en salud, de acuerdo a sus necesidades y contextos.

8. REFERENCIAS

- Abu-Lughod, L. (2006). Interpretando la(s) cultura(s) después de la televisión: sobre el método 1, 119–141.
- Acosta, L. (2011). Cincuenta años de pantalla chica: algunos hitos en la vida privada. En: Borja Gómez, Jaime y Rodríguez Jiménez, Pablo (Directores). Historia de la vida privada en Colombia. Tomo II, Los signos de la intimidad: El largo siglo XX. Bogotá: Taurus. Pp. 263-300.
- Agudelo, A. (2016). La Formación Ciudadana A Través De Los Medios De Comunicación. La Televisión Colombiana Y Su Aporte A Las Ciudadanías En Salud. Universidad De Antioquia. Tesis doctoral. Medellín.
- Agudelo, A. (2009). La relación médico paciente en la unidad hospitalaria Jaime Tobón Arbeláez: una mirada antropológica. Universidad de Antioquia.
- Aguirre, Á. (1997). Etnografía: metodología cualitativa en la investigación sociocultural (No. 305.8 A3).
- Amador, D., Bernal, R., y Peña, X. (2012). El aumento en la participación laboral femenina en Colombia: ¿fecundidad, estado civil o educación? Serie Documentos Cede, 2012-34, (1657–7191), 76. <http://doi.org/10.2202/1538-0645.1460>
- Anderson, P. (1974). Transiciones de la antigüedad al feudalismo.
- Arendt, H. (2005). Ensayos de comprensión: 1930-1954; escritos no reunidos e inéditos de Hannah Arendt (Vol. 54). Caparrós editores.

- Martin-Barbero, J. (2002). Pistas para entre-ver medios y mediaciones. *Signo y Pensamiento*. Recuperado a partir de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=86011596003>
- Bonilla, J. I. (2011). Re-visitando los estudios de recepción-audiencias en Colombia. Una revisión crítica, un debate necesario. *Comunicación y sociedad*, (16), 75-103.
- Carosio, A. (2008). El invisible aporte de las mujeres a la salud. *Revista Mujer Salud*, (23), 1–20.
- Citarella, L., y Zangari, A. (2009). Desarrollo de la salud intercultural en Bolivia: desde las experiencias locales a las políticas públicas de salud. In *Yachay tinkuy: salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina* (pp. 3-29). PROHISABA; CI.
- Choque, R. (2005). *Comunicación y educación para la promoción de la salud*. Perú.
- Corominas, M. (2014). Los estudios de recepción Autoría. Portal de la Comunicación InCom-UAB Lecciones del portal, 1(2014–576), 5.
- Cortés, M. E., Iglesias L. (2004). *Generalidades sobre metodología de la investigación*. Universidad Autónoma del Carmen.
- Cuadrada, C. (2014). Cuidado, curación, salud: saberes de mujeres. Editora UFPR, 229–253.
- DANE. (2011). Encuesta De Cultura 2010 Departamento Administrativo Nacional De Estadística. Recuperado a partir de https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/eccultural/presentacion_ecc_2010.pdf
- De Keijzer, B. (2003). Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. La salud como derecho ciudadano: perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima, Perú: Foro Internacional en Ciencias Sociales y Salud, 137-152.

- Díaz, P. (2002). El riesgo en salud: entre la visión del lego y el experto. Bogotá: Universidad Nacional, 46.
- Dover, R., Puerta, C. (2008). Universidad de Antioquia. Instituto de Estudios Regionales (INER), y Colciencias. El derecho a la salud: la participación en el régimen subsidiado. Instituto de Estudios Regionales.
- Echeverri, O. (2008). Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 24(5), 210–216.
<http://doi.org/10.1590/S1020-49892008000900008>
- Echeverry, M. E. (2014). El Sistema de Salud Colombiano: Estructura, actores y tensiones
Contenido.
- Educatina. [Educatina]. (2011, Noviembre 9). La Prehistoria I - Edad de Piedra - Historia – Educatina. [Archivo de video]. Recuperado de
<https://www.youtube.com/watch?v=jH34JLC4CRUy&list=PL56409187B3F84026>
- Edefundazioa. (2010). Análisis de los anuncios televisivos de las campañas de prevención de drogodependencias y su incidencia en la población adolescente y juvenil.
- Esteban, M. L. (2003). Cuidado y salud: costes para la salud de las mujeres y beneficios sociales. *SARE*, 1–17.
- Federici, S. (2004). Calibán y la bruja: Mujeres, cuerpo y acumulación originaria. Madrid: Traficantes de Sueños.

- Fuenzalida, V. (1987). La influencia cultural de la televisión. *Revista Diálogos de la Comunicación*, 17, 9. Recuperado a partir de http://fedvirtual2.fed.uh.cu/dataedu/7/Lecturas_recomendadas_4/fuenzalida.pdf
- Fuenzalida, V. (2005). *Expectativas educativas de las audiencias televisivas*. Editorial Norma.
- Furió, A. (2012). La primera gran depresión europea. *El País*, 8.
- Geertz, C. (1973). *The Interpretation of Cultures*. Gedisa. <http://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Giddens, A. (1993). *Consecuencias de la modernidad*. Alianza editorial.
- Giraldo, A., Toro, M. Y., Macías, A. M., Garcés, V., Andrés, C., y Palacio, S. (2010). La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. *Hacia la Promoción de la Salud*, 15(1), 128-143.
- Gómez, H. (2003). Un pensamiento para un mundo adverso o los motivos para insistir en la educacind de la recepcion. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, IX, 151–157.
- Gonzales, H., Caro, I., y Bedoya, I. C. (2011). Antecedentes históricos y perspectivas de la participación social en el sistema de salud colombiano. *Tendencias y retos*. No.16, (0122–9729), 79–91.
- Guber, R. (2001). *La etnografía: método, campo y reflexividad* (Vol. 11). Editorial Norma.
- Guerrero, R., Gallego, A. I., Becerril-Montekio, V., y Vásquez, J. (2011). Sistema de salud de Colombia. 53(122), S144–S155.
- Gutiérrez, V. (1985). *Medicina tradicional de Colombia* (Vol. 1).

- Hall, S. (2004). Codificación y descodificación en el discurso televisivo. *CIC Cuadernos de información y comunicación*, (9), 215-236.
- Hammersley, M., y Atkinson, P. (1994). ¿Qué es la etnografía?. *Etnografía. Métodos de investigación*, 15-40.
- Haro, J. A. (2000). Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. In *Medicina y cultura: Estudios entre la antropología y la medicina* (pp. 101-162). Bellaterra.
- Hernández Tezoquipa, I., Arenas Monreal, M. D. L. L., y Valde Santiago, R. (2001). El cuidado a la salud en el ámbito doméstico: interacción social y vida cotidiana. *Revista Saúde Pública*, 35(5), 443–450. <http://doi.org/10.1590/S0034-89102001000500006>
- Hernández, M. (2002). Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cuadernos de Saúde Pública*, 18(4), 991–1001. <http://doi.org/10.1590/S0102-311X2002000400007>
- Iglesias, P. (2003). *Mujer Y Salud: Las Escuelas De Medicina De Mujeres De Londres Y Edimburgo*. Universidad de Málaga.
- Jocelyn, L. (2009). *La caja de herramientas del joven investigador*. Colección Ariadna, Medellín.
- Jofré, V., y Mendoza, S. (2005). Toma De Decisiones En Salud En Mujeres Cuidadoras Informales. *Ciencia y enfermería*, 11(1), 37–49. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532005000100005>
- Kleinman A, y Psordas, T. (1996). “The therapeutic process”. En: Sargent C, Johnson T (comps), *Medical anthropology: contemporary theory and method*, Praeger Publishers, Westport, pp. 3-21.

- Langdon, E. J., y Wiik, F. B. (2010). Salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Revista Latina de Enfermagem*, 18(3), 9-18.
- Lagarde y de los Rios, M. (2009). Pacto entre mujeres: sororidad, 25, 123–135. Recuperado a partir de <http://www.asociacionag.org.ar/revista-aportes/edicion-25/>
- Restrepo, J. H., Silva, C., Andrade, F., y Vh-Dover, R. (2014). Acceso a servicios de salud: Análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(27), 236–259. <http://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyaps13-27.assa>
- Lazo, M. (2008). El proceso de recepción televisiva como interacción de contextos.
- Lerma, C. A. (2013). La salud entre el derecho y el negocio. Corporación Viva la Ciudadanía. Recuperado a partir de http://www.cajon deherramientas.com.ar/wp-content/uploads/2013/02/derecho_al_suelo.pdf#page=12
- Lupton, D. (2012). La medicina como cultura: la enfermedad, las dolencias y el cuerpo en las sociedades occidentales. Universidad de Antioquia.
- Marcus, G. (2001). Etnografía en/del sistema mundo. El surgimiento de la etnografía multilocal. *Alteridades*, 11(22), 111–127.
- Martin-Barbero, J., & Téllez, M. P. (2006). Los estudios de recepción y consumo en Colombia. *Diálogos de la Comunicación*, 73, 57-69.
- Martínez, J. (2006). Teorías de comunicación. Santiago de Chile: Universidad Andrés Bello.
- Menéndez, E. (1992). Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención: del teoricismo al movimiento continuo. *Cuadernos médico sociales*, 59, 3-18.

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social en Salud, 61. Recuperado a partir de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/DOA/ASL/cartilla__movilidad.pdf
- Mosquera, T. (2006). Lógicas y Racionalidades: entre comadronas y terapeutas tradicionales.
- Obregón Gálvez, R. (2010). Un panorama de la investigación, teoría y práctica de la comunicación en salud. *Folios*, 23, 13–29.
- Orozco, G. (1991). La mediación en juego. *Televisión, cultura y audiencias. Comunicación y Sociedad*, 107–128.
- Orozco, G. (1996). *Televisión y audiencias: un enfoque cualitativo*. Ediciones la Torre.
- Orozco, G. (2001). Audiencias, Televisión y Educación: una deconstrucción pedagógica de la «televidencia» y sus mediaciones. *Revista ibero americana de Educación*, 155–175.
- Orozco, G. (2002). *Mediaciones tecnológicas y desordenamientos comunicacionales*.
- Orozco, G. (2003). Los estudios de recepción: de moda, y de ahí a mucho modos. *Intexto*, 13.
- Orozco, G. (2012). Valerio Fuenzalida y su propuesta para la televisión.
- Orozco, G. (2012). Valerio Fuenzalida y sus propuestas para la televisión, audiencias y educadores. *Chasqui. Revista Latinoamericana de comunicación* 1(120 Diciembre), 83–87.
- Parra, L., Guadalupe O. (2004) *Análisis de la oferta televisiva en promoción para la salud y en salud sexual para los adolescentes*. Universidad del Zulia Maracaibo. Venezuela

- Puerta, C., y Agudelo, A. (2012). Modalidades de interacción en el Régimen Subsidiado de Salud en Medellín: Participación y estrategias sociales. *Hacia la Promoción de la Salud*, 17(1), 13–28. Recuperado a partir de [http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista17\(1\)_1.pdf](http://promocionsalud.ucaldas.edu.co/downloads/Revista17(1)_1.pdf)
- Pujadas, J. (1992). *El método biográfico: el uso de las historias de vida en ciencias sociales*. Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS).
- Ramírez, H. (2015). ¿Qué es Promoción de la Salud? *Boletín los cinco interrogantes*. Edición N.2. Medellín.
- Ramírez, N., Tribín, A. M., y Vargas, C. O. (2016). Maternidad y mercados laborales: el impacto de la legislación en Colombia* *Working Paper Series*, I, 41–82.
- Rincón, O. (2002). *Televisión, video y subjetividad* (Vol. 16). Editorial Norma.
- Scott, J. W. (1993). *La mujer trabajadora en el siglo XIX*.
- Soler, T. C. (2002). Conciliación o contradicción: cómo hacen las madres trabajadoras. *Reis: Revista española de investigaciones sociológicas*, (97), 155–188. Recuperado a partir de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=263526yinfo=resumenyidioma=SPA>
- Thompson, J. (1997). *Comunicación y contexto social: los media y la modernidad*. Paidós. España
- Toro, I., y Parra, R. (2010). *Fundamentos epistemológicos de la investigación y la metodología de la investigación cualitativa/cuantitativa*. Medellín: Fondo Editorial Universidad EAFIT.
- Useche, B. (2014). En Colombia es factible y necesario un modelo de salud sin aseguramiento. *Revista Deslinde*, (55), 1–14.

- Vaqui Rodríguez, S., y Stieповich Bertoni, J. (2010). Cuidado Informal, Un Reto Asumido Por La Mujer. *Ciencia y enfermería*, 16(2), 9–16. <http://doi.org/10.4067/S0717-95532010000200002>
- Vega, A. (2005). Construyendo puentes: la identidad de género de los jefes de familia y la recepción televisiva. *Nueva época*. Num. 4, (ISSN 0188-252X), 127–145.
- Vélez, M. (2016). La salud en Colombia. Pasado, presente y futuro de un sistema en crisis. Debate. Bogotá.
- Vilodre, S. (2008). Deporte Y Cultura Fitness : La Generización De Los Cuerpos Contemporáneos. *Revista Digital Universitaria*, 9.
- Williams, R. (2003). La larga revolución. Nueva Vision Saic.
- Yepes, F. J. (2010). Luces y sombras de la reforma de la salud en Colombia. Ley 100 de 1993. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 9(18), 118–123. Recuperado a partir de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-70272010000300011&lng=es&synrm=1&isoytlng=es