

UNIVERSIDAD DE LA HABANA
Departamento de Sociología
Facultad de Filosofía, Historia y Sociología



Tesis de Licenciatura en Sociología
***“Análisis desde la perspectiva de género de los
audiovisuales cubanos de prevención de VIH/SIDA
producidos durante el período 2000-2010”***

Autor: Dayron De León Castillo

Tutores: Dr. Julio César González Pagés

Dra. Graciela González Olmedo

La Habana

2012

*A la mujer más importante de mi vida...
a mamá.*

Agradecimientos

A toda mi familia -los de aquí y los de allá, los viejos y los nuevos-, por el cariño, el amor y, por supuesto, el apoyo logístico de esta cruzada.

A mis amig@s, sencillamente por la suerte de tenerl@s.

A todos los que contribuyeron a la realización directa de mi Tesis de Diploma: Mis tutores, los profes del Departamento de Sociología de la UH, los expertos entrevistados en la investigación, los especialistas del CNP de ITS-VIH/SIDA y la Escuela Nacional de Salud.

Índice

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I. Consideraciones teóricas acerca del género, la masculinidad y la promoción para la salud.	
1.1 Breve aproximación a la teoría de género. Su conceptualización.....	6
1.2 Aspectos generales acerca de la construcción de la masculinidad.....	15
1.2.1 Los estudios de masculinidad en Cuba. Aportes desde la sociología.....	20
1.3 Caracterización de los programas de educación y promoción para la salud en Cuba.....	23
1.4 Las campañas de prevención del VIH-SIDA a través de los audiovisuales.....	29
CAPÍTULO II. Diseño de investigación.	
2.1 Problema, objetivos de la investigación y preguntas al problema.....	33
2.2 Definición de conceptos y operacionalización de las variables.....	34
2.3 La selección de la muestra y los métodos y técnicas empleados en la recolección de la información.....	37
CAPÍTULO III. Resultados de la investigación.	
3.1 Evolución del tratamiento de los objetivos de la educación y prevención para la salud.....	46
3.2 Contrastes del mensaje comunicativo de los materiales con el público al cual está destinado.....	55
3.3 Roles y estereotipos de género que transmiten los mensajes comunicativos. Su influencia en las pautas de salud.....	64
CONCLUSIONES	78
RECOMENDACIONES	82
BIBLIOGRAFÍA	83
ANEXOS	
Anexo No. 1: Entrevista a la Dra. Isabel Moya Richard, directora de la Editorial de la Mujer, especialista en temas de género y comunicación.	

Anexo No. 2: Entrevista a la Dra. Hilda Saladrigas, Profesora Titular de la Facultad de Comunicación Social de la Universidad de La Habana, especialista en Comunicación Organizacional.

Anexo No. 3: Entrevista a la Dra. Reina Fleitas. Profesora Titular del Departamento de Sociología de la Universidad de la Habana, especialista en temas de género, salud y familia.

Anexo No. 4: Guiones de entrevistas a expertos y especialistas.

Anexo No. 5: DVD con los audiovisuales analizados.

Introducción

Ante la preocupación de las/os feministas por la subordinación social de la mujer, las primeras investigaciones sobre el género se han basado, casi exclusivamente, en el ámbito de lo femenino y las mujeres. El feminismo académico ha abordado el tema de las masculinidades y los hombres como parte de la deconstrucción que desde la teoría se realiza de la sociedad patriarcal, de esta forma los hombres son convocados a prestar atención a cuestiones que por mucho tiempo se tomaron como cosas sencillas y poco problemáticas. Es en la década de los ochenta del siglo XX que se inquiere el ámbito de las masculinidades con interrogantes que giran fundamentalmente en torno a los significados que implica ser hombre en la modernidad, al comportamiento de las diferentes presiones y expectativas que sufren los hombres en una sociedad cambiante.

Son múltiples los factores que han propiciado que “lo masculino” comience a ser objeto de estudio de investigadores e investigadoras en todo el mundo, especialmente de las ciencias sociales. *“La emergencia del varón como objeto de estudio tiene que ver con la llamada “crisis” de las identidades masculinas, resultante de la acción de los movimientos feministas y de las feministas en particular, de los cambios en la economía y la incorporación creciente de las mujeres al espacio público (mercado de trabajo y política). También se los asocia al surgimiento del movimiento homosexual y el cuestionamiento que hacen de las masculinidades tradicionalmente reconocidas como tales”* (OLAVARRIA, 2001). En consecuencia, el pensamiento también experimenta determinados giros en este contexto. Por tal motivo, en las últimas décadas se comienzan a formular nuevas preguntas de investigación desde las ciencias sociales, que tienen como principal objeto a los hombres, sus cuerpos, sus subjetividades y sus comportamientos.

Uno de los aspectos que ha tomado un vertiginoso ascenso en el debate internacional es el estudio de la manera en que el estado físico de mujeres y hombres se ve afectado por las influencias sociales. El área del conocimiento que se encarga de esto es la llamada Sociología del Cuerpo. Las investigaciones realizadas desde esta área de la ciencia han expuesto las marcadas diferencias sociales entre mujeres y hombres en cuanto a las pautas de salud y de enfermedad. Este tipo de enfoque tradicionalmente se asocia con la mujer, pues al hombre se le identifica con una construcción social de género que lo sitúa como fuerte e invulnerable. La naturalización de este criterio está arropada por el modelo de masculinidad hegemónica, propugnado por la sociedad patriarcal, que

establece el estereotipo masculino de inmunidad y rudeza; funge así, como patrón de referencia para todos los hombres, con indiscutibles impactos en su integridad física y emocional. De este modo, no se presta interés suficiente a un aspecto tan importante como la salud y el cuidado masculino. No obstante, en varias investigaciones se ha develado que también muchas mujeres descuidan la atención de su cuerpo y su salud, porque ponen en un primer plano la salud de las personas que tienen a su alrededor, entre ellas las de los hombres que son sus parejas, que, impulsados por su construcción de género, cuando acuden a la atención de su salud es bajo el estímulo de madres, hermanas, hijas o esposas.

La agenda política internacional ha situado, a partir de las Conferencias sobre Población y Desarrollo de El Cairo en 1994 y sobre la Mujer en 1995 en Beijing, a la salud y los derechos reproductivos como parte de los indicadores a tener en cuenta para valorar el desarrollo de las naciones. En ambas conferencias, la piedra angular fue el enfoque de género que debían tener la planificación de políticas de salud y los programas de población. Quedó establecida, además, la participación de los varones como un componente esencial para el logro eficaz de estos objetivos (OLAVARRIA, 2001, p. 6). En 1999, la Asamblea General de las Naciones Unidas realizó una evaluación de los efectos favorables de la aplicación de la política propuesta por las Conferencias de El Cairo y Beijing, razón por la cual propuso la planificación de servicios de salud más equitativos, donde las mujeres y los hombres pudieran recibir atención diferenciada de acuerdo a las necesidades particulares de cada sexo, y en cada momento del ciclo vital. (CASTAÑEDA, 2005)

Con el proceso de cambios ocurrido en los modos de “entender” y “hacer” en lo sanitario y en lo educativo, se concede, entonces, mayor protagonismo a los factores psicológicos y variables socioculturales en la elaboración de las políticas sociales referidas a la salud, con el objeto de lograr una Promoción de Salud y una Educación Sanitaria efectivas. Este aspecto es prioritario, pues “(...) *el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos y Sociales exige a los Estados reconocer el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud, física y mental, y a crear las condiciones que aseguren asistencia médica y servicios médicos*”. (IRIARTE, s/a, p. 2)

En el año 2000 se realiza la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, en cuya Declaración se plantea el Objetivo, entre otros, de detener la propagación del VIH/SIDA. Para ello, se convoca a los gobiernos, los organismos de ayuda y las

organizaciones de la sociedad civil de todo el mundo a reorientar su labor hacia su cumplimentación. Por este motivo, en los últimos años, se ha experimentado un creciente interés en la realización de acciones que pongan un alto a la diseminación de la enfermedad por el mundo, máxime cuando se cuantifican aumentos significativos en las tasas de personas infectadas y fallecidas por esta causa.

En el caso cubano, a pesar de ser uno de los países de la región que más bajos porcentos de personas infectadas posee, son notables los incrementos en los últimos años. Este aumento, si bien es sostenido para ambos sexos, es el segmento poblacional de los hombres el que mayor incidencia presenta en la infección del VIH.

Mujeres y hombres contrastan vulnerabilidades frente a la enfermedad en el marco de una sociedad patriarcal y sobre la base de estereotipos de género contruidos socialmente, que legitiman la inequidad y disparidades en el goce de las condiciones de vida y servicios que les permiten mantenerse en buena salud. En estas circunstancias, las campañas y estrategias de salud deben poseer, imprescindiblemente, perspectiva de género, de modo que se pueda relacionar la distribución del poder y el trabajo entre las mujeres y los hombres con sus perfiles epidemiológicos; por este medio es posible explicar cómo y por qué difieren los perfiles de salud de los hombres y las mujeres.

Las campañas preventivas llevadas a cabo en Cuba para enfrentar el VIH/SIDA y educar a la población en el tema de la sexualidad, comienzan sobre todo en la década del noventa. En su mayoría, han estado dirigidas a los grupos de riesgo de las mujeres, hombres heterosexuales y los Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH). De este modo, se pone énfasis en la visión dicotómica hombre-mujer, además de que no se toman en cuenta las distintas masculinidades.

Las políticas de salud cubanas se definen por su carácter global, puesto que toman la prevención y la educación en su más amplio campo de acción. Por ello, se hacen pertinentes campañas más plurales, que aborden feminidades y masculinidades desde una perspectiva basada en el desprejuicio sexual, moral o social. Es medular mostrar a los hombres, todos, como susceptibles de ser infectados por la enfermedad; rebasar la barrera que supone la masculinidad hegemónica en el adentramiento al ámbito masculino, con el fin de trazar estrategias de prevención y educación para la salud sexual que tomen en cuenta las masculinidades en su más amplio espectro y que no reproduzcan los patrones sexistas que imperan en la sociedad.

Por tanto, el objetivo general de la presente investigación está dirigido a valorar cómo se manifiesta el enfoque de género en los materiales audiovisuales de las campañas de

prevención de VIH/SIDA en Cuba, en el período 2000-2010. Para ello, se proyecta la realización de un estudio analítico-descriptivo de corte cualitativo. Se aplicarán dos técnicas para la recogida de información: análisis de contenido en los materiales audiovisuales que han formado parte de las campañas preventivas de VIH/SIDA en el período 2000-2010, y la entrevista a expertos en temas de género, de salud y de comunicación social.

La investigación está estructurada de la siguiente manera: contiene un primer capítulo donde se abordan los principales presupuestos teóricos sobre los cuales fue realizado el estudio y que proporcionan los fundamentos para la elaboración de la metodología escogida. El capítulo I consta de cuatro epígrafes, el primero está dirigido a la aproximación a la teoría de género y los conceptos más importantes que de ella se originan; en el segundo epígrafe se trata el tópico de las masculinidades y los principales aspectos teóricos a tomar en cuenta para su abordaje, consta además de un subepígrafe donde se exponen los estudios de masculinidades en Cuba y los principales aportes que desde la sociología se han hecho; el tercero se dedica a un recorrido por los principales aspectos de la promoción y la educación para la salud, así como a la caracterización de los programas de educación y promoción para la salud en Cuba; el cuarto y último epígrafe ofrece una panorámica sobre las campañas de prevención del VIH/SIDA a través de los medios audiovisuales. El segundo capítulo presenta la propuesta metodológica del estudio. En él se plantean el problema, los objetivos y las preguntas al problema de la investigación; se clarifican, además, los conceptos más importantes y se procede a la operacionalización de las variables; finalmente, son presentados la selección de la muestra, los métodos y técnicas empleados en la recolección de la información, así como su pertinencia metodológica en cada caso. El capítulo III corresponde a la presentación de los resultados de la investigación, estructurados en tres epígrafes; el primero hace un análisis de la evolución del tratamiento de los objetivos de la educación y prevención para la salud en los audiovisuales de prevención del VIH/SIDA; en el segundo la tarea fue buscar y explicar los contrastes del mensaje comunicativo de los materiales con el público al cual estuvo destinado; el epígrafe que da conclusión al capítulo de los resultados tiene como objetivo examinar la influencia de los roles y estereotipos de género en las pautas de salud que transmiten los mensajes comunicativos.

La bibliografía consultada para la conformación de este proyecto investigativo fue, mayormente, en soporte digital, ante el déficit en bibliotecas y centros de investigación de la capital, de libros y artículos que se avinieran al tema del proyecto. Para un mejor análisis de la teoría, fueron utilizados textos de literatura activa y literatura pasiva, así como de autores cubanos y foráneos. Fueron revisados, además, autores clásicos y, en mayor medida, autores contemporáneos. Se consultaron varias investigaciones que, desde la sociología, vinculan el tema de la salud y el género, con el fin de contrastar con la evidencia empírica obtenida en estas. No obstante, no se logró distinguir en el contexto cubano ninguna investigación sociológica en la que se realizara un análisis de contenido, desde la perspectiva de género, de materiales audiovisuales que conformaran campañas de salud, y que, además, tomaran como objetivo el tratamiento que han recibido la masculinidad y la feminidad en los mismos.

Además de las limitantes bibliográficas a las cuales estuvo sujeta la investigación, se incorporan las dificultades que se enfrentaron para lograr el completamiento del *stock* de materiales audiovisuales, teniendo en cuenta que en el Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/SIDA (CNP) u otra institución de salud, estos no estaban agrupados de forma alguna, sino que estaban disgregados y algunos extraviados.

La presente investigación pretende contribuir con la necesidad del Centro Nacional de Prevención de ITS-VIH/SIDA de organizar y clasificar los materiales audiovisuales en virtud de las campañas de prevención de VIH/SIDA; así como evaluar los rasgos que caracterizan los mensajes y el efecto que de esta comunicación se puede derivar.

CAPÍTULO I. Consideraciones teóricas acerca del género, la masculinidad y la promoción para la salud.

1.1 Breve aproximación a la teoría de género. Su conceptualización.

Con la inserción al interior de la Academia Norteamericana de los llamados *Women's Studies*¹, en la década de los setenta del siglo XX, es incorporado al ámbito del conocimiento un enfoque totalmente novedoso, proponiendo un discurso reflexivo que realizaba una transversalización de su objeto de estudio, con categorías y esquemas de análisis propios. El marcado carácter interdisciplinar de los Estudios de Género dotó a la explicación de los fenómenos sociales de una riqueza sin precedentes.

El término *género*, como categoría de análisis, es acuñado en esta década y constituye una de las mayores aportaciones que esta teoría ha realizado al estudio de las relaciones sociales, es decir, el estudio de la interacción de los actores y de estos con las estructuras sociales, posibilitando la comprensión e identificación de los procesos que intervienen en las desigualdades sociales a causa del sexo.

Con frecuencia es utilizado erróneamente *sexo* en sustitución del vocablo *género*, aun cuando el primero está referido puntualmente a las diferencias físicas y biológicas que se hacen evidentes entre ambos sexos. Basados en estas características diferenciadas y necesarias para la reproducción de la especie, se establece el *sexo* como categoría definida por una dualidad: la hembra y el macho.

¹ Los estudios de género son emprendidos originalmente por las mujeres feministas a partir de la toma de conciencia de estas como grupo o colectivo humano, de la opresión, dominación y explotación por parte del colectivo de varones en el seno del patriarcado. El feminismo, como movimiento social y político -aún sin ser denominado como tal-, surge en Francia a finales del siglo XVIII en el fragor de la Revolución Francesa, con la publicación de los *Cahiers de doléances*, donde se manifestaban las inconformidades, quejas y peticiones de las mujeres. En este contexto también aparece la *Declaración de los derechos de la mujer y la ciudadana*, que legitimaba la potestad de las mujeres de ejercer su derecho a exigir al Estado. Iniciada la década de 1870, con la *Segunda Revolución Industrial* se produce una aceleración del movimiento feminista a raíz de los profundos cambios sociales acaecidos, como la incorporación de la mujer al trabajo remunerado, que hizo tomar conciencia de su valor social, suscitando una amplia movilización colectiva en demanda del derecho al sufragio femenino. Los principales objetivos del movimiento feminista han sido: el derecho al voto, la mejora de la educación, la capacitación profesional, la apertura de nuevos horizontes laborales y la equiparación de sexos en la familia como medio de evitar la subordinación de la mujer y la doble moral sexual.

El movimiento feminista se ha constituido también como concepción académica, crítica y científica, contenedora de propuestas, programas y acciones alternativas a los problemas sociales contemporáneos derivados de las opresiones de género, la disparidad entre los géneros y las inequidades resultantes. Sus aportes van desde la creación de conocimientos nuevos sobre viejos temas hasta la formulación de renovados argumentos y recursos interpretativos que igualmente han dado origen a las búsquedas masculinas para eliminar la opresión genérica.

Entretanto, el *género* es una diferencia cultural entre los sexos, que no se remite directamente a diferencias en el orden biológico, sino a prácticas socioculturales que están representadas por, al menos, dos dimensiones: lo masculino y lo femenino. Esta categoría, a diferencia del *sexo*, posee un cúmulo de atribuciones estereotipadas que varían según el sistema cultural, lo cual complejiza el concepto más allá de las particularidades establecidas para mujeres y hombres. Es el *género* la construcción cultural que se ha hecho de la diferencia sexual; es “*la creación totalmente social de ideas sobre los roles apropiados para mujeres y hombres (...) una forma de referirse a los orígenes exclusivamente sociales de las identidades subjetivas de hombres y mujeres*”. (SCOTT, 1996)

En nuestra cultura occidental de carácter bisocial reconocemos solamente dos géneros: el masculino y el femenino. De esta manera, ser hombre o ser mujer es lo natural y socialmente validado, canon por el cual todos los sujetos son disciplinados para la adopción de uno u otro género. No obstante, fuera de la lógica occidental pueden reconocerse cosmovisiones de género diferentes a la nuestra. Esto demuestra que es una construcción social que puede variar de acuerdo al momento histórico y la realidad sociocultural.

Sexo y género están, según Marcela Lagarde, estrechamente coligados (LAGARDE, 1990). En su producción teórica apunta que el *sexo*, como conjunto de características biológicas, está incluido en el *género*, siendo la forma de agrupación de los sujetos de acuerdo a las dimensiones de sexo genético, hormonal, genotípico y gonádico. Estas características sexuales de los sujetos serán neutrales, solamente determinantes del sexo cromosómico que harán al sujeto portador de ovarios, vagina, útero y clítoris, o de testículos y pene. Estas particularidades conformarán el bagaje con el cual vive cada individuo, pero que no son determinantes ni causa de lo que socialmente son mujeres y hombres, sino que sobre esta base se asigna a estos cuerpos sexuados funciones y características de acuerdo al *género* que presupone su *sexo*. Lagarde establece al *género* como categoría *bio-socio-psico-econo-político-cultural*, dejando en claro que el aspecto biológico es importante pero solo es el punto de partida de las diferencias establecidas.

Gayle Rubin definió este conjunto de disposiciones por el cual el sexo y la procreación son conformados por la intervención humana y social, como sistema sexo-género (RUBÍN, 1989). Partiendo de esta conceptualización, Teresa De Barbieri establece al sistema sexo-género como un “*conjunto de prácticas, símbolos y representaciones, normas y valores sociales que las sociedades elaboran a partir de la diferencia*

anatomo-fisiológica y que dan sentido a la satisfacción de los impulsos sexuales, a la reproducción de la especie humana y, en general, a los relacionamientos entre personas”. (BARBIERI, 1995)

El eje sexo-género o sistema sexo-género, constituye una plataforma de análisis para el desmontaje de argumentos biológicos que pretenden legitimar las relaciones asimétricas entre los sexos. Manifiesta el origen social de normas, valores y conductas que son elaborados a partir de la interpretación que se realiza de las características biológicas de uno u otro sexo.

Basado en la nueva sociología del cuerpo y relacionado con los estudios sobre masculinidades, R. W. Connell nos allega a una interpretación del género en la que “(...) *la materialidad del cuerpo masculino tiene importancia no como modelo de las masculinidades sociales, sino como referente para la configuración de prácticas sociales que han sido definidas como masculinidad*” (CONNELL, 1998). Según esta interpretación el cuerpo cobra significación en su materialidad, en relación con las prácticas que asume según su identidad de género y en coherencia con los modelos de comportamiento socialmente dictados. Es decir, la condición biológica de ser varón es el referente fundamental para la incorporación de estos modelos conductuales reconocidos como “lo masculino”.

Esta categoría social que se impone sobre las diferencias percibidas entre los sexos es también un elemento constitutivo de las relaciones sociales, halla expresión como modo primario para la articulación de las relaciones de poder. Es así que tradicionalmente al cuerpo masculino suelen atribuírsele determinadas cualidades, poderes, particularidades que están estrechamente ligadas a su posición de dominantes y a la mistificación de la masculinidad. Esta premisa sostiene las relaciones de subordinación entre hombres y mujeres; a partir de significados socialmente atribuidos se sacraliza lo masculino a nivel social. En esta relación de poder-subordinación que se establece entre mujeres y hombres dentro del entramado social, serán estas quienes ocuparán una posición inferior frente a la hegemonía masculina, viéndose limitadas sus oportunidades al acceso y control de los recursos, con implicaciones sobre su desarrollo como individuos.

El proceso de estratificación sexual que ocurre en la sociedad moderna, encuentra su génesis, precisamente, en esta concepción androcéntrica del mundo, que organiza la relación entre los sexos y a toda la sociedad en torno a la figura del hombre. Estas asimetrías entre los sexos en el reparto del poder, recursos y reconocimiento, parten de un orden macrosocial integrado por una red de creencias, símbolos, representaciones y

asignaciones de género, que son socializadas a través de las instancias ideosocializadoras transmisoras del disciplinamiento de género en cada momento histórico. Por otra parte, a nivel microsociales son transmitidas durante los procesos de socialización a través de las pautas de crianza que tienen lugar en el ámbito familiar, donde se mezclan con los mandatos culturales sobre los cuerpos sexuados, que posibilitan la adecuación de los sujetos a las redes sociales más amplias con las que establezcan todo tipo de interacciones sociales. (ARTILES; ALFONSO, 2011)

En estos niveles (microsocial y macrosocial), anota Lagarde, es que se funda la desigualdad y la discriminación entre los géneros, donde los hombres serán el principio organizador y referencia de todo lo que se construye, constituyendo una relación de género vertical o subordinada. Este orden social, llamado primeramente *sociedad masculina* y conocido en los estudios de género como *cultura androcéntrica*, es contenedor de los aspectos simbólicos que se manifiestan en la división sexual del trabajo.

Dichas relaciones de poder sobre las cuales se fundamentan las interacciones entre los géneros, son también un punto de partida de la violencia que es ejercida sobre los que están en una posición subordinada, en este caso, las mujeres. El propio hecho impositivo que tiene lugar en esta relación, es en sí una manifestación de la violencia a que son sometidos los sujetos inferiorizados. “*Todo poder de violencia simbólica, o sea, todo poder que logra imponer significaciones e imponerlas como legítimas disimulando las relaciones de fuerza en que se funda su propia fuerza, añade su fuerza propia, es decir, propiamente simbólica, a esas relaciones de fuerza*” (BOURDIEU; PASSERON, 2001). O sea, las relaciones simbólicas y las relaciones de fuerza están constituidas de manera que se condicionan una a la otra, por una parte lo simbólico presenta una dependencia relativa de las condiciones objetivas de existencia de los sujetos, pero a la vez tiene cierta autonomía al respecto; en tanto, lo simbólico es un condicionante de la materialidad de la existencia del sujeto y, por ende, las relaciones de fuerza en las que se desarrolla, lo cual no significa que no se pueda producir también una relativa independencia del efecto de lo simbólico.

La teoría sociológica tiene en algunos de sus clásicos diferentes criterios sobre el fundamento del poder, sobre las condiciones en las cuales se hacen posibles las relaciones de poder. Así, la concepción de Marx contrasta con la de Durkheim, pues éste percibe el producto de una dominación de clase, allí donde Durkheim no ve más que el efecto de un condicionamiento social único, con acento en la exterioridad del

condicionamiento. Entretanto, para Weber las relaciones de poder son relaciones interindividuales de influencia o de dominio de un agente sobre otro, cuyo grado de legitimidad puede contribuir al ejercicio y perpetuidad del poder (BOURDIEU; PASSERON, 2001).

En la sociedad patriarcal la dominación de los hombres hacia las mujeres se reconoce como legítima y natural -a pesar que en los estudios de género se hayan venido desmontando estas creencias-, lo cual refuerza a nivel simbólico las bases de dicha disparidad y el ejercicio del poder; pues queda oculta la verdadera naturaleza de este poder impuesto, tras el velo de la tradición de lo socialmente establecido.

Por décadas, la teoría de género ha colocado como interés primario el estudio de los factores que propician estas disparidades intergeneracionales, con acento en la labor por la reivindicación de las mujeres y la visibilización de la relación de sometimiento de que son objeto respecto a los hombres. Ciertamente es que son las mujeres las máximas afectadas por los efectos del orden patriarcal de la sociedad y que, por ende, los *Women's Studies* hayan sido el punto de partida de la teoría y los estudios de género. Empero, no puede realizarse una abstracción de los hombres como sujetos de género, error muy frecuente en los proyectos dirigidos a las mujeres, y causa, entre muchas otras, del rezago de las investigaciones sobre hombres. La teoría de género, por el contrario, constituye un sistema de categorías y métodos científicos para el estudio de la sociedad, con independencia de los sujetos escogidos para el análisis.

Este tipo de abordaje metodológico y comprensión crítica de la realidad es reconocido como *perspectiva de género*, paradigma teórico basado en la teoría de género que se define como “una toma de posición política frente a la opresión de género; es una visión crítica explicativa y alternativa de lo que acontece en el orden de género, permitiendo analizar las profundas y complejas causas de dicha opresión y de los procesos históricos que la originan y la reproducen”. (PROVEYER, 2005)

La *perspectiva de género* brinda la posibilidad de comprender las relaciones inter e intrageneracionales en su vínculo con las estructuras sociales, complejidad cultural, social y política, haciendo emerger una realidad no vedada antes a las ciencias sociales: la comprensión de los mecanismos para la enseñanza y aprendizaje del orden de géneros.

La sociedad puede así ser estudiada en su dimensión de género, pues las características imputadas a cada sexo son resultado de un orden de género establecido en cada sistema cultural, que a su vez impacta en la propia organización de las formaciones e instituciones de la sociedad; es decir, el análisis de género no solo está remitido a los

sujetos de género, también a todos los ámbitos y niveles de la estructura social. Es por ello que, como ningún otro paradigma, permite realizar una transversalización de todas las perspectivas de análisis social, con el fin de desmontar las características y los mecanismos del *orden patriarcal* que suscitan la desigualdad genérica. Este desmontaje acarrea un compromiso de transformación que no puede estar basado en la añadidura, “...no es posible el cambio como agregación: la creación, la nueva construcción de cosmovisiones y relaciones exigen deconstrucción” (LAGARDE, 1996). La comprensión de la cosmovisión de género de la sociedad, que contiene un cúmulo de normas, estereotipos, tabúes y roles muy rígidos, y que varían más o menos según el sistema cultural, es imprescindible para el cumplimiento de dicho desmontaje.

A partir de este orden los sujetos son sometidos a un sistema de deberes y prohibiciones fijados según el sexo, que abarca todos los espacios de la vida social y cuya transgresión implica una sanción social. Este complejo sistema encierra una distribución de poder que es la base de las diferencias entre los roles socialmente construidos para mujeres y hombres.

Los sujetos se encuentran insertos, según el sexo biológico al que pertenecen, en un sistema jerárquico que otorga un *status* social diferenciado, caracterizado por el dominio y control masculino. Esta disparidad se funda a partir de estereotipos que dictan determinadas actitudes, normas, valores y pautas culturales incorporadas por los individuos mediante un proceso de socialización que comienza con el nacimiento y se extiende a lo largo de toda la vida, conformando así la personalidad de los sujetos.

La socialización se entiende como el proceso por el cual el individuo en desarrollo se adapta a los requerimientos de la sociedad en que vive, está estrechamente ligada al aprendizaje y a la formación de la personalidad, pues se realiza durante todo el proceso evolutivo. Las personas con las que el individuo se relaciona, las instituciones y los medios de comunicación social, son los agentes de la socialización, de los que aprende las normas de conducta y los valores (GINER; LAMO DE ESPINOSA Y TORRES, 2001). Los sistemas organizados de relaciones sociales con los que interactúan los sujetos incorporan necesidades básicas de la sociedad que las personas tienen como referencia.

Los estereotipos de género internalizados en la socialización se encuentran en una relación de pares de opuestos, “(...) se incorporan automáticamente, funcionan como códigos de actitudes y ademanes que rigen la conducta, el pensamiento, los

sentimientos y la autoimagen, forzando la oposición entre los hombres y las mujeres” (PROVEYER, 2005). De tal forma, los rasgos que definen a estos aparecen como mutuamente excluyentes, se enseñan valores que los obligarán a comportarse de manera diferente y a desempeñar también roles opuestos.

Estas formas diferenciadas de la socialización desde edades muy tempranas son el principio sobre el que se basan las diferencias sociales entre hombres y mujeres adultos, y que son transmitidos por vía de la institución familiar que socializa a los individuos para la división sexual del trabajo y el reparto de roles.

El rol de género es un constructo social y está estrechamente vinculado con la identidad al ser su manifestación externa. Posee un carácter dialéctico, elementos estables y cambiantes en función de las experiencias vividas; surge en la relación con los otros a partir de un proceso de diferenciación y responde a una necesidad de autoafirmación; tiene un carácter consciente, aunque no excluye la posibilidad de elementos inconscientes que lo sustenten. Su proceso de incorporación está “garantizado” por un conjunto de normas, creencias, valores y prejuicios pautados y compartidos socialmente, que distribuyen las funciones de los individuos según el sexo de pertenencia. (DÍAZ, No. 11, s/a)

La comprensión de la división sexual del trabajo que se genera desde el ámbito familiar mediante los procesos socializadores contribuye a la explicación y contextualización de la subordinación genérica. También, otros aspectos como el control de la sexualidad femenina, las relaciones de autoridad y dominio en la familia, así como los condicionamientos materiales y simbólicos presentes en las diversas modalidades que asumen las relaciones entre hombres y mujeres, clarifican las relaciones asimétricas entre los sexos. (PROVEYER, 2005)

La división sexual del trabajo se entiende como la partición que se realiza en el desempeño de papeles sociales entre mujeres y hombres, tiene un carácter intra y extrafamiliar, pues los individuos encuentran a la familia como la institución de referencia número uno, en la que comienzan a internalizar determinados patrones culturales que contribuyen a legitimar espacios sociales y actividades exclusivas para uno y otro sexo, tanto en el ambiente doméstico como en el externo. En el marco de la sociedad patriarcal contemporánea la jerarquización de los roles sitúa a los hombres y sus actividades en la cima de la estructura de las relaciones genéricas, dejando a la

mujer una posición asimétrica tanto en la vida familiar como en la pública. (FLEITAS, 2005)

En la división sexual del trabajo los estereotipos funcionan como la materialización de la concepción ideológica que otorga determinadas cualidades para cada sexo. El estereotipo tiende a ser resistente al cambio, por ello, aunque la división de tareas y el desempeño de roles se modifique, estos continúan manteniendo la concepción ideológica que divide sexualmente las ocupaciones, legitimando como “naturales” las diferencias que la cultura se ha encargado de construir. (PROVEYER, 2005)

Los actores son inducidos a establecer estos comportamientos, pero no a partir de la coacción directa, sino mediante la utilización de un sustitutivo funcionalmente equivalente de la motivación de conformarse con las expectativas del papel respectivo (PARSONS, 1972). La sanción institucional que pesa sobre los sentimientos propiamente subjetivos de los hombres y mujeres, es el sustitutivo empleado para que los sujetos asuman los roles socialmente elaborados para uno y otro sexo. Bajo este presupuesto, los actores adoptan determinados patrones conductuales coherentes con las normas y valores sociales que han internalizado en su relación con las estructuras e instituciones del sistema social.

A partir de la dicotomización de las actividades y las normas, se crean espacios considerados como femeninos o masculinos, a los cuales se remitirán los roles desempeñados por mujeres y hombres. Así, las mujeres ocupan, casi exclusivamente, el ámbito de lo doméstico, lo privado y lo familiar, espacios estos altamente desvalorizados en los que ponen en funcionamiento sus roles de género. Los hombres, en cambio, encuentran sus espacios en lo público, lo externo, con un alto reconocimiento social.

Los estereotipos masculinos constituyen el modelo hegemónico y “superior” frente al cual lo femenino se ve como la desviación, en tanto pares opuestos. Los rasgos que definen a los estereotipos genéricos aparecen como contrapartes, los masculinos como negación de los femeninos. Los varones en este contexto deben mostrarse fuertes, competitivos, agresivos, valientes, proveedores económicos. A las mujeres se les brinda una educación basada en la asunción de los valores y roles inversos como la receptividad, el cuidado, la pasividad, la sumisión y la afectividad.

Uno de los principales roles femeninos, sino el más notorio, es el materno. Este rol “(...) *modela prioritariamente el ser mujer. Tradicionalmente la capacidad reproductiva de la mujer ha sido utilizada en la construcción de los atributos femeninos considerados como naturales. “Ser madres” confiere un lugar en su medio y en la sociedad porque independientemente de su significado biológico para la reproducción humana, su valor social se redimensiona en la entrega y la dedicación materna en detrimento, incluso, de otros intereses o aspiraciones*”. (PROVEYER, 2005)

En el marco de la cultura patriarcal las mujeres están convocadas a poner sus vidas en función de los otros, como imperativo y necesidad para encontrar su realización como sujetos sociales. Se enfrentan así las mujeres a una dualidad: por una parte, deben cumplir su función de madre y, por otra, su función de mujer. La primera no es más que la hiperbolización de la función materna que biológicamente posee el sexo femenino. La segunda las pondera como objeto del deseo masculino, al que deben ofrecer placer invariablemente.

Es justamente la posibilidad exclusiva de engendrar a otro ser humano el principio sobre el que se basa el control de la sexualidad femenina. Las mujeres son capaces, en las edades comprendidas entre la pubertad y el climaterio, de procrear y consecuentemente son las únicas aptas para lograr la perpetuación de los grupos humanos. Los seres humanos tenemos la necesidad socialmente construida de dejar nuestra impronta, nuestro legado, una huella de nuestro paso por el mundo, como la necesidad de trascender la corta existencia de cada persona (BARBIERI, s/f). Esta es una idea que en la sociedad patriarcal es prioritaria en el grupo de hombres -quienes detentan el poder-, pues, de esta manera garantizan el mantenimiento de su dominio, su supremacía ante las mujeres y otros hombres. De tal manera, solo normando la sexualidad -entiéndase como intercambio genital- los hombres pueden garantizar que su descendencia sea legítimamente suya, evitando que la mujer interactúe con otros hombres en el período fértil de su vida.

Como el mero control de la actividad sexual y reproductiva no es garantía máxima, se aplica entonces con la mayor intensidad posible, se cierra al máximo cualquier probabilidad. “*De ahí que también las actividades que se realizan con el cuerpo han caído en la reglamentación. Es decir, para controlar la capacidad reproductiva ha sido necesario controlar la sexualidad y la capacidad de trabajo de las mujeres*

potencialmente fértiles y por extensión los cuerpos enteros de las mujeres. Así como reglamentar el hacer de los cuerpos de los varones”. (BARBIERI, s/f)

Estas regulaciones contienen un complejo sistema de reglas, normas, obligaciones, responsabilidades, sanciones y leyes que expresan la normatividad de dominación masculina patriarcal, a partir de las cuales se producen y se controlan los relacionamientos entre los miembros de la sociedad, más allá de la figura del esposo en el marco de la familia. El Estado y otras instituciones disponen la vida de las mujeres, fundamentalmente en lo relacionado a la posibilidad del control de su fecundidad y el acceso a determinados derechos ciudadanos. Es así que se educa a las mujeres para asumir un rol sexual pasivo, inferior, que se ajuste a la disposición de otra persona, que otros decidan por ella.

La construcción de autoidentidad femenina se basa entonces en una subvaloración de sí mismas, en la desidia hacia sus cuerpos -cuerpos que no les pertenecen, sino que “existen para servir a otros”-; el cumplimiento de la cualidad de género que las convoca a asistir a todos coloca en un segundo plano la atención propia. Asimismo, la subordinación sexual de que son objeto va en detrimento del control y cuidado de su salud sexual y reproductiva.

La subordinación femenina está marcada por la referencia masculina en la elaboración de los procesos sociales. En el mundo patriarcal la masculinidad hegemónica se erige como el eje que configura todas las relaciones humanas, tanto intergenéricas como intragenéricas y, por ende, sobre la base de la cual se conforman las autoidentidades genéricas. Es por ello que se ha dicho que la sociedad moderna es eminentemente masculina. Pero, no solo las mujeres se ven afectadas por el modelo masculino, los propios hombres experimentan el signo de la masculinidad hegemónica, la rigidez que le confiere a su desarrollo como individuos y las implicaciones sobre sus cuerpos. Por ello, en la labor de transformar esta situación se hace imprescindible hacer visibles estos patrones masculinos sobre los cuales se ordena la sociedad.

1.2 Aspectos generales acerca de la construcción de la masculinidad.

Las últimas décadas del siglo XX han experimentado a nivel internacional un creciente interés académico en el estudio de la feminidad y las masculinidades. Si bien la feminidad era un tema que ya venía explorándose desde mucho antes, es en la segunda mitad de este siglo que la problemática de las masculinidades irrumpen en el debate a nivel internacional, específicamente en temas relacionados con la identidad de género y

el necesario reconocimiento de nuevas maneras de experimentarla. Los estudios sobre masculinidad están inscritos en el ámbito del género que tiene origen en la producción teórica feminista, de la cual toma el sistema de categorías, estructuras y niveles de análisis, y los aplica a este nuevo abordaje. Por primera vez los hombres son estudiados, no como parte de las investigaciones referidas a las mujeres y como responsables, como victimarios en la cultura patriarcal, sino que se establecen como producto y víctimas de esta también; además, los propios hombres se inician como investigadores de género.

Son reconocidos, con el desentrañamiento de *lo masculino*, una serie de patrones de conducta y características reproducidas en casi todas las culturas relacionadas con los hombres y lo que se espera de ellos; denominado en los estudios sobre masculinidad como *masculinidad hegemónica*.

En la sociedad patriarcal la *masculinidad hegemónica*, como estereotipo, se asocia con cualidades como la fuerza, la violencia, la agresividad y la idea de que es necesario estar probando y probándose continuamente que “se es hombre”. La norma de la heterosexualidad es también una característica *sine qua non* de la masculinidad hegemónica. El arquetipo de hombre heterosexual deviene como un “hecho natural” al que se deben adscribir todos. De esta manera, se ha excluido de las masculinidades a aquellas personas con un comportamiento que se aleje de la conducta validada para los hombres, siendo la preferencia sexual una categoría de supresión. (HERNÁNDEZ, s/a)

Una de las limitantes que han presentado algunos acercamientos al tema de la masculinidad es que, al originarse como población de referencia en la sociedad patriarcal, los varones, al realizar un autoanálisis, no se encuentran familiarizados y elaboran sus discursos presentándose como población autorreferida, lo cual resta objetividad a muchas de sus ideas. Por otra parte, las mujeres reproducen la relación de subordinación a que son sometidas, lo hacen en el contenido de sus acciones, prácticas y elocuciones, circunscritas a un mundo incuestionablemente masculino. (ASTURIAS, 1997)

La mayor parte de los estudios sobre masculinidades han surgido desde las propias filas de los movimientos feministas, de especialistas que se dedican a los Estudios de la Mujer. Las primeras investigaciones sobre las masculinidades toman en cuenta lo femenino y las críticas feministas. Este tipo de acercamientos ha presentado insuficiencias en cuanto a la generación de conocimientos sobre las relaciones entre los géneros, han parcializado su enfoque hacia lo femenino (ASTURIAS, 1997). Las feministas han situado a las mujeres como únicos sujetos de la opresión. Empero, no se

debe sustraer la importancia que han tenido hasta fechas muy recientes en la explicación de las inequidades entre hombres y mujeres.

Los estudios sobre masculinidad que comienzan a tomar lugar en los debates científicos de género, a diferencia de los Estudios de la Mujer, no cuentan con un movimiento social paralelo a la producción teórica que respalde, desde la militancia, la labor científica. Al contrario, su origen se rastrea en la obra de intelectuales feministas, antropólogas/os del género, historiadoras/es (LÓPEZ Y GÜIDA, 2000). Acaso por las muchas barreras que se imponen en cualquier acercamiento al mundo de los hombres, se presenta como “zona prohibida” para mujeres y los propios hombres ante la deconstrucción que supone el abordaje de género, de modelos, mitos, y que pondrían en peligro el basamento patriarcal de la sociedad contemporánea; conducente a un inevitable contexto de cambios, transformaciones no siempre deseables por los sujetos.

La masculinidad dominante impone modos de socializar que limitan el pleno desarrollo de los hombres. Desde que los varones nacen se les priva de la posibilidad de experimentar emociones o de asumir valores y conductas socialmente determinadas como femeninas. La solidaridad, las muestras de afecto, el compañerismo o la lealtad quedan desterrados del actuar masculino, debido a que son asociadas a lo débil. Bajo esta premisa, lo masculino se introduce en el imaginario colectivo como una antítesis de lo femenino. En consecuencia, los hombres tienden a poner en práctica actitudes de degradación hacia las mujeres, en las que todo lo que se considere afeminado es débil y dañino. (HERNÁNDEZ, s/a)

Desde la niñez los hombres son socializados en un ambiente que les exige responder a las agresiones y a defenderse tanto física como verbalmente, a demostrar invulnerabilidad, valor y control; se les convoca constantemente a demostrar sus atributos definitorios de la masculinidad: *“Las exigencias de lo masculino son muchas, existen variaciones en la forma de demostrarlo, que dependen de la clase social, religión, grupo de edad, condición física y mental y de los grupos de referencia, como los grupos de trabajo, instituciones educativas, vecindario y grupos de pares”*. (RAMÍREZ, 1993)

Si bien es posible encontrar características más o menos uniformes de la masculinidad dominante, con independencia del contexto que se analice, la multiplicidad desborda sus cauces, *“como algo monolítico (hombria) no existe: sólo hay masculinidades, muchos modos de ser hombre”* (THOMPSON, 1993). Considerar que existe una sola impide percibir la gran variedad, la riqueza de la experiencia de la masculinidad; posiciones

como estas conllevan a fundamentalismos y a la intolerancia. Esta visión maniquea genera actitudes de discriminación hacia los hombres que no optan o asumen el comportamiento “aprobado” para su sexo.

“Ejercer la violencia es una condición que se les impone a los hombres. Un elemento básico del proceso de construcción de la masculinidad y de las características que los han de definir como hombres en sí, varones hegemónicos” (GONZÁLEZ, 2010). Se les conduce a asumir este tipo de comportamientos desde edades muy tempranas. Se les impide, llegada cierta edad, expresar ternura, cariño, tristeza o dolor, y se les induce a la ira, la agresividad, la audacia, y también el placer, como muestras de la masculinidad ideal. El trabajo, la violencia y la sexualidad se convierten en herramientas para ejercer el poder sobre los otros. En este tipo de espacios los hombres establecen rituales de confirmación de su masculinidad, ya sea en relaciones con las mujeres o con otros hombres, que producen ambigüedad en los propios participantes del proceso de interacción.

Este modelo de formación en el que se inserta la masculinidad es nocivo y potencialmente destructivo, por cuanto es emanado de acciones y actitudes que contravienen valores vitales para la convivencia de los sujetos, tales como la ética, la solidaridad, el reconocimiento mutuo y el respeto a la vida, a la individualidad y a la diversidad humana. Las implicaciones de este modelo de socialización masculina atentan contra la integridad física y la salud de los hombres.

El paradigma educativo de los varones los expone a imágenes de agresividad, invulnerabilidad, impenetrabilidad emocional y sobre todo una negligencia extraordinaria para con el cuidado de su cuerpo, su salud, su bienestar personal. *“La identidad sexual que asume la mayoría de hombres responde a un guión socialmente determinado que exagera las conductas más asociadas con la masculinidad, entre las cuales destacan la indiferencia, la prepotencia, el falocentrismo, la obsesión por el orgasmo, (...) la multiplicidad de parejas, (...) y también el consumo de alcohol, que suele facilitar la conducta sexual insegura”*. (ASTURIAS, 1997)

En este contexto los hombres tienen a las relaciones sexuales como la actividad, el espacio donde mostrar su masculinidad, donde su eficacia como varones está dada por sus cualidades penianas. El tamaño del pene les otorga prestigio social y se toma como garantía del éxito sexual, un pene de mayores dimensiones hará del portador un sujeto distinguido sobre sus semejantes. Este es el sobredimensionamiento del pene como órgano sexual, que va aparejado a la creencia de que la penetración es la práctica por

excelencia de las relaciones sexuales, cuya culminación está dada por el orgasmo masculino, pues, regularmente los varones se manifiestan indiferentes a la satisfacción erótica de sus parejas.

El abuso en el consumo del alcohol es otra de las formas a la que son compulsados los hombres para mostrar la hombría. Estadísticamente, estos tienen las tasas más altas de alcoholismo dentro de la población, lo cual conlleva una serie de efectos sobre su salud y la de sus parejas. Los hombres que tienen relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol habitualmente tienen problemas eréctiles, los cuales, muchas veces, desencadenan en acciones violentas hacia sus parejas; también, en estas circunstancias se dificulta el uso del condón como método de protección; el alcohol y otras sustancias tienen un efecto depresor del sistema nervioso, por ello, las acciones que exigen razonamiento se ven afectadas.

Según el sociólogo colombiano Fernando Urrea, el grupo por excelencia para exteriorizar la condición de hombres, en el caso de los varones jóvenes, es el grupo de semejantes, que, al estar enmarcados en relaciones competitivas sobre la base de la demostración de fuerza, valor y violencia como exponentes del “éxito varonil”, conllevan a conductas de riesgo. Las prácticas temerarias de que son parte tienen escenario en el cuerpo propio y la vida de las mujeres, lo cual acarrea peligros reales a la integridad física, pero no solo la exposición de sus cuerpos a condiciones que le pudiesen infligir dolor, heridas o la muerte, también la conducta sexual imprudente es causa de problemas de salud con iguales implicaciones para ambos. (URREA, s/a)

Resulta sumamente interesante la observación que realiza la investigadora feminista Marcela Lagarde respecto a la relación de poder, basada en la sexualidad, que establecen los hombres frente a las mujeres:

“Los hombres se empoderan sexualmente frente a las mujeres previamente cosificadas, se empoderan mediante la apropiación sexual de las mujeres y se empoderan también a través de sus experiencias sexuales: triple configuración del poderío sexual de los hombres en el orden genérico patriarcal. A esta triple definición se añade la derivada de la competencia sexual entre los hombres como pares que redundan también en empoderamiento personal y colectivo para ellos”.
(LAGARDE, 1996, p. 59)

La sexualidad masculina constituye uno de los medios a través de los cuales los hombres se configuran como sujetos de género, signo de su poderío sobre las mujeres que ocupan la base de la categoría social de género en todos los ámbitos; en este espacio

se recrea y ejerce la opresión genérica. De esta manera, el “éxito masculino” se remite a la posibilidad del control y acceso a las mujeres, a sus cuerpos inferiorizados arbitrariamente en lo sexual. Esta situación propicia una necesidad casi compulsiva de tener la mayor cantidad de encuentros sexuales posibles, actitud que, conjugada con la subvaloración femenina y el estereotipo de invulnerabilidad masculino, afecta la negociación del uso de protección, desencadenando peligros reales para la salud sexual y reproductiva de las mujeres y de los hombres. Las mujeres acuden al acto sexual desde este mismo estado de inferioridad, a causa de esto asumen una posición pasiva en la relación y queda en el hombre la decisión de experimentar un sexo seguro, sin que estas manifiesten su negación a los requerimientos masculinos, incluso, siendo ellas quienes propongan el uso del condón.

Este tipo de conductas que son emanadas del modelo de masculinidad hegemónica, constituyen un patrón más o menos uniforme en todo el mundo occidental. Pero se detectan variaciones de estas pautas en dependencia del contexto sociocultural en el que están inscritas, las creencias, las tradiciones, la propia progresión histórica, el desarrollo económico y cultural de un país o región irradia determinadas formas de interpretar la masculinidad.

1.2.1 Los estudios de masculinidad en Cuba. Aportes desde la sociología.

Como parte del auge del interés internacional por el estudio de las masculinidades, en Cuba comienzan a ser abordadas, de forma aislada y poco regular, las problemáticas asociadas a la condición masculina. Iniciada la década del noventa comienzan a hacerse más visibles las investigaciones de este tipo, en las que se localizan aportes y perspectivas de análisis múltiples, correspondientes a las diversas disciplinas científicas que trataron la temática; la psicología, la historia, la antropología y la sociología fueron las que mayores aportaciones realizaron al respecto.

Esta etapa está caracterizada por la poca o casi nula integración entre los distintos proyectos de cada una de las disciplinas, de forma que se afecta el diálogo interdisciplinar y la creación de una estrategia, de un método para la aplicación de las investigaciones vinculadas a los hombres; se aprecia, incluso, una desconexión de la mayoría de los proyectos de una misma disciplina, lo cual impide el establecimiento de una línea investigativa a lo interno de la academia, aspecto ineludible para el desarrollo teórico-metodológico en pos de lograr una intervención eficaz en el trabajo con hombres.

La mayor parte de las investigaciones son tesis de licenciaturas y maestrías que surgen a partir del interés y la inquietud individual del investigador. Por tanto, no estuvieron integradas a ninguna estrategia o plan institucional como los programas científico-técnicos del Ministerio de Ciencia, Tecnología y Medio Ambiente de Cuba (CITMA), o programas ramales y territoriales, de ahí que sus resultados hayan sido, por lo general, desaprovechados.

Súmelese la insuficiente elaboración teórica sobre la categoría *masculinidades* contextualizada en la realidad cubana, preponderando la utilización de la producción teórica foránea y un desencuentro con la teoría de género precedente. Además, se centraron en los aspectos críticos y diagnósticos, menos en los prospectivos y propositivos. (RIVERO, 2010)

A pesar de los desaciertos, esta primera etapa de los estudios sobre masculinidad ha significado el inicio del interés científico y sensibilización por el desentrañamiento sobre cuestiones esenciales del sentir, pensar y actuar de las masculinidades en Cuba, en aras de transformar el estado de cosas existente. Cada una de las disciplinas por sí solas ha aportado aspectos, análisis y perspectivas importantes para la aplicación de investigaciones multidisciplinarias.

La psicología es la ciencia desde la cual se ha tratado con mayor asiduidad el tema de las masculinidades, seguido por la historia y la antropología. La sociología ha tomado la problemática más recientemente, coherente con el desarrollo tardío de la disciplina en Cuba², que en esta etapa aún estaba inmersa en la consolidación como ciencia y la elaboración de los planes de estudio, un período de afianzamiento disciplinar. Los acercamientos desde la sociología están asociados al tema de la conducta hegemónica, la lucha por los derechos de los homosexuales y los modelos de masculinidades tradicionales, temáticas recurrentes en los estudios desde otras ciencias. Queda fuera del análisis el carácter multicondicional de los procesos de construcción de la masculinidad, se aprecia una segmentación en las investigaciones, que, lejos de tributar a la integración teórico-metodológica, propician el desajuste.

² La sociología en Cuba ha sido una ciencia que ha experimentado gran intermitencia institucional. En el curso 1976-1977 la carrera y su Departamento Docente en la Universidad de La Habana fueron cerrados. En 1987 se reabre como especialización dentro del plan de estudios de la carrera Filosofía Marxista-Leninista. En el año 1990 reaparecen, de forma independiente, la carrera y el Departamento Docente; en los años posteriores se denota un perfeccionamiento progresivo de sus planes de estudio y la formación de especialistas, hasta llegar a un estado actual de madurez científica.

En el año 2007 se crea la Red Iberoamericana de Masculinidades (RIM), coordinada por el Dr. Julio César González Pagés e integrada por jóvenes investigadores e investigadoras interesados por el estudio de las masculinidades. Violencia de género, emigración y género, y la construcción histórica de la masculinidad cubana son algunas de las problemáticas más tratadas por la RIM. Sus investigaciones han estado caracterizadas por una perspectiva inclusiva, pues, a pesar de que el centro de su producción está vinculado con las masculinidades, temas circunscritos a las mujeres le han ocupado.

Un aspecto que define a la Red es la intervención directa para la transformación, el trabajo con grupos de varones, en lo fundamental para la lucha contra la violencia intergenérica e intragenérica, terreno en el que posee resultados palpables. Es importante destacar que la RIM posee un fuerte componente histórico para el área investigativa, aspecto que indudablemente es una de las mayores aportaciones de esta Red al estudio de las masculinidades en Cuba, su construcción y los orígenes de la sociedad patriarcal cubana.

La RIM ha sido pionera en nuestro país en la conformación de un equipo de investigadores e investigadoras para el estudio de las masculinidades, ha sistematizado y agrupado sus investigaciones, y trazado estrategias para el trabajo con hombres. No obstante, en esta etapa, instituciones como la Cátedra de la Mujer de la Universidad de La Habana, la Universidad Central “Marta Abreu”, el Centro de Capacitación de la FMC “Fe del Valle”, el Centro Nacional de Prevención de ITS-VIH/SIDA y el Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX), han potenciado estas investigaciones con resultados significativos, aunque de forma aislada.

El propio progreso del tópico, el creciente interés, los problemas teórico-metodológicos a los que se enfrenta, hicieron que el 5 de febrero de 2009, la Sociedad Cubana Multidisciplinaria para el Estudio de la Sexualidad (SOCUMES), adscripta a la Academia de Ciencias de Cuba, aprobara la creación de la Sección Científica *Masculinidades*, que contempla las deficiencias que venían señalándose hasta el momento. Sus principales objetivos están encaminados al desarrollo de proyectos de investigación relacionados con las masculinidades y sus implicaciones en la realidad cubana; la creación de publicaciones con resultados teóricos, metodológicos y prácticos; el fomento de la interdisciplinariedad; y la capacitación y formación de recursos humanos en la temática.

Algunos de estos objetivos venían cumpliéndose en determinadas instituciones, organizaciones y la RIM. Publicaciones, cursos, eventos y talleres de capacitación de especialistas, representantes de instituciones y organizaciones estatales, son algunas de las acciones llevadas a cabo. Si bien los resultados no han sido totalmente exitosos, no pueden negarse los avances al respecto, ejemplo de ello es el auge del interés investigativo de la última década y la propuesta de la adopción de estrategias para el desarrollo de métodos y teoría propios.

La Sección es el primer intento para consensuar de forma nacional el tratamiento de las contradicciones asociadas a las problemáticas de las masculinidades. Esta inquietud responde a la necesidad de la creación de una cátedra que marque los derroteros de estos estudios, si tenemos en cuenta que hasta el momento son emanados de instituciones, cátedras y centros de estudios encargados de las investigaciones referidas a las mujeres en el marco de la sociedad patriarcal. Los discursos, en ese sentido, por lo general no suscitan la movilización masculina en pos del cambio, sino que están dirigidos en lo esencial a la concientización por parte de las mujeres del sistema de opresión genérica y disparidad en el cual están insertas. No existe un llamado a la reflexión crítica por parte de los varones, no se plantea un método de acción para el trabajo con hombres que comprenda las particularidades y condiciones de la construcción sociohistórica de la masculinidad en Cuba.

En el año 2010 es editada la primera sistematización de estudios sobre masculinidad en Cuba desde preceptos científicos: el libro *Macho, Varón, Masculino* del Dr. Julio César González Pagés. La publicación está compuesta por un grupo de investigaciones realizadas desde la RIM durante varios años de trabajo, talleres, jornadas y otros espacios. En ella se reúne lo que es la masculinidad como concepto teórico, como metodología cercana a los estudios de género. Le caracteriza una mirada, un acercamiento cubano a la temática, en este particular radica su aporte al estudio en Cuba. (LÓPEZ, 2010)

Epígrafe 1.3 Caracterización de los programas de educación y promoción para la salud en Cuba.

Los problemas de salud acumulados por la población de todo el mundo son muchos y cada vez más numerosos y diversos. Entre ellos, se destacan las Enfermedades de Transmisión Sexual y especialmente el VIH/SIDA, constituyen uno de los problemas epidemiológicos que más azotan a la humanidad en las últimas décadas. En este contexto, los estudios sanitaristas han cobrado cada vez mayor importancia, a partir del

desarrollo de la propia concepción de la salud, de los modos de afrontar y prevenir las enfermedades, y de educar a las personas para la adopción de prácticas que no perjudiquen la salud. Cada vez más los programas elaborados para la promoción y la educación para la salud tienen en cuenta el componente de género de todos los procesos de salud-enfermedad. Los estudios han demostrado que existe un grupo de barreras que entorpecen la labor de prevención u obstaculizan que la persona pueda optar por un comportamiento sexual de menos riesgo; variables psicosociales como edad, sexo, ocupación, nivel educacional, influyen en las conductas de salud y determinan ciertos comportamientos.

El enfoque de la promoción de salud (PS) ha tenido un progreso sostenido y sin precedentes en las últimas décadas. Desde la concepción de la promoción de salud de Henry Sigerist³, han surgido diversos documentos con planteamientos, declaraciones, informes de conferencias internacionales, que han contribuido a la construcción del marco de referencia de la nueva disciplina de la promoción de salud, y de los que se tomaron los principios, estrategias y mecanismos que han hecho posible pasar de la retórica a la acción en la nueva salud pública. Es fundamental señalar que el desarrollo de la PS se inicia con un cambio trascendental del concepto de salud, gestado en los últimos cuarenta años. El concepto biomédico hizo crisis y se ha generalizado un nuevo paradigma que considera a la salud como un concepto holístico, positivo, que integra todas las características del “bienestar humano”, y que además concilia dos aspectos fundamentales: la satisfacción de las llamadas “necesidades básicas” y el derecho a otras aspiraciones que todo ser humano y grupo desea poseer. (RESTREPO; MÁLAGA, 2001)

³ Uno de los más brillantes salubristas de todos los tiempos que concibió las cuatro funciones de la medicina: la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la restauración del enfermo y la rehabilitación. Fue el primero en usar el término de PS para referirse a las acciones basadas en la educación sanitaria, por un lado, y las acciones del Estado para mejorar las condiciones de vida, por otro. El Programa de Salud propuesto por Sigerist consiste en: Educación libre para toda la población, incluyendo educación en salud; mejores condiciones posibles de trabajo y de vida para la gente; mejores medios de recreación y descanso. Se le puede considerar también como precursor de las “Escuelas Saludables”. Su influencia se mantiene aún en los círculos más prestigiosos de formación y discusión de la salud pública. En: Restrepo, H.; Málaga, H.: *Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable*, Edit. Médica Panamericana, Colombia, 2001.

Con frecuencia, la Promoción y la Prevención en Salud son utilizados indistintamente, aunque el límite que les separa es tenue, conceptualmente existen aspectos que les diferencian. Ambas persiguen como meta la salud, pero la Prevención lo hace situando su punto de mira en la enfermedad. El objetivo de la Prevención es “la ausencia de enfermedad”, el de la Promoción es “maximizar la salud”. La PS es, básicamente, una actividad en el campo social y de la salud que depende de la participación del público, mientras que en la Prevención se destaca la actividad específica en relación con los servicios específicos de cada sector. (OCHOA; CASTANEDO; COBAS, 1997)

A pesar de las diferencias de enfoque, el punto de unión radica en que los programas de prevención son puertas de entrada a la promoción. Es decir, la promoción actúa al nivel más amplio, el enfoque no es desde una enfermedad, sino hacia actitudes y comportamientos positivos, y están dirigidos hacia una audiencia general, a toda la población, independientemente de que sea sana o esté en riesgo; es una comunicación más amplia. En el caso de la Prevención, el punto de partida es evitar una enfermedad específica y se trata de incidir, generalmente, sobre grupos vulnerables, públicos de riesgo.

Por su parte, la Educación para la Salud “(...) es la disciplina que se ocupa de iniciar, orientar y organizar los procesos que han de promover experiencias educativas capaces de influir favorablemente en los conocimientos, actitudes y prácticas de los individuos y de la comunidad con respecto a la salud” (OCHOA; CASTANEDO; COBAS, 1997). La educación se utiliza como herramienta, al igual que la comunicación y la participación social, tanto en la Promoción como en la Prevención, pues ayuda a crear una actitud consciente y responsable para la adopción de conductas saludables.

En la PS se combinan diversos métodos y disciplinas dentro de su marco teórico-práctico, por ello, se reconoce su carácter unificador que reúne diversos campos de estudio para lograr múltiples acciones; esto es lo que le da el carácter de política, por cuanto envuelve aspiraciones que implican transformaciones profundas en los ambientes, los individuos y los grupos, para cambiar las condiciones negativas a su pleno desarrollo. (RESTREPO; MÁLAGA, 2001)

En la nueva PS se destaca un comprometimiento con las necesidades y aspiraciones de la gente, no solo la atención médica y la disponibilidad de los servicios de salud, sino que se detecta un componente de equidad social frente a los sistemas de salud. Gran

parte de estos nuevos principios quedaron incluidos en la Carta de Ottawa, aprobada en la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud de Ottawa, Canadá, 1986, organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Asociación Canadiense de Salud Pública y el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá.

A nivel internacional, la Carta es considerada el documento de máxima excelencia, tanto en lo conceptual como en lo instrumental, pues no solo sentó las bases doctrinarias de la PS, sino que abrió el camino para pasar de la retórica a la acción. Se acoge al nuevo concepto de salud discutido, que abarca las necesidades humanas en forma integral y amplia, pero también insiste en que se necesitan estrategias definidas como la participación y la acción política para lograr que las necesidades de salud sean conocidas y promocionadas. (RESTREPO; MÁLAGA, 2001)

La Carta de Ottawa, producto tangible de la Conferencia, fue el documento en el que se llegó al consenso internacional de adoptar el concepto de PS que, aún hoy, tiene vigencia:

“La promoción de salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana”. (OMS, 1986)

A la Conferencia de Ottawa le siguieron otros encuentros internacionales que produjeron declaraciones y planteamientos importantes, los cuales constituyen parte del bagaje con el que cuenta la salud pública actual. Aunque, sin dudas, Ottawa ha sido un momento de inflexión en la concepción de la PS a nivel mundial, años antes, algunos países como Cuba ya venían realizando una labor de PS muy cercana, e incluso más avanzada, a la promulgada en la Carta.

En Cuba, con el Triunfo de la Revolución en enero de 1959 -27 años antes de la Carta de Ottawa-, se dieron los primeros pasos concretos en pos de lograr los prerequisites necesarios para alcanzar la PS, luego que en la Carta se establece a la voluntad del Estado como uno de los principios ineluctables. En fecha tan temprana como la década

del sesenta, se adoptan en todo el país un conjunto de medidas que consolidaban algunas de las acciones necesarias. Aunque con anterioridad, en el pensamiento de ilustres salubristas cubanos como Carlos J. Finlay y Juan Guiteras Gener, venía dándose un pensamiento científico en torno a la PS, estos no estaban en un contexto donde el Estado dispusiera de la voluntad para hacerlo.

El primer antecedente de la promoción y la educación para la salud en Cuba corresponde a la creación del Instituto Finlay, en 1926. Este importante paso de avance ha permitido consolidar, a través de los años, el desarrollo del pensamiento salubrista y dar vía a lo que es hoy la Escuela Nacional de Salud Pública. El Instituto Finlay fue la primera escuela de administradores de la salud pública de Cuba, donde se comenzó a marcar una pauta para el desarrollo científico y práctico de lo que actualmente llamamos promoción de salud. (SANABRIA, 2004)

Hitos importantes en la búsqueda de la salud de la población tuvieron lugar en nuestro país décadas antes de la reunión de Ottawa, lo cual muestra los contrastes del pensamiento nacional con las tendencias foráneas. La mayor parte de las veces se denota un adelanto sobre estos temas en Cuba, si bien no siempre estuvieron creadas las condiciones para su aplicación. El Programa del Moncada, en 1953, que fue puesto en práctica con el triunfo de 1959, constituyó la plataforma política para la realización de las acciones de la PS en nuestro país, en tanto en el mundo aún se buscaban los senderos y propuestas.

En los primeros años posteriores al triunfo popular se produjo un gran auge y dedicación a las acciones de educación para la salud propiamente dicha (concepto manejado en la época), a partir de la fundación de diversas organizaciones sociales. Es así que en este período se inicia el Servicio Médico Rural (1960), es constituido el Ministerio de Salud Pública, se aplica el primer modelo de atención a la salud con el “policlínico integral”, cuyo enfoque estaba basado en la atención primaria, y por último la creación del Sistema Nacional de Salud (1968). Estos constituyeron momentos importantes en consonancia con las estrategias de la promoción de salud desde un enfoque de equidad, el acceso a la salud de todos los pobladores y la gratuidad de los servicios de salud, y de forma paralela la educación para todos y todas. (SANABRIA, 2004)

El modelo de atención integral a la salud y el modelo comunitario puestos en práctica desde los años sesenta del siglo XX en Cuba, garantizó el pleno acceso a los servicios de salud con enfoque de equidad, así como la facilitación de nuevas vías de educación para la salud del pueblo. En 1984 se consolida definitivamente la atención primaria con las tereas de la promoción y educación para la salud, desarrollados en la figura del médico y la enfermera de la salud.

Nótese que todas estas acciones ocurren antes de que fuese celebrada la Conferencia de Ottawa y adoptada la nueva visión de la PS a nivel mundial, por tanto, puede decirse que en Cuba se tuvieron varios años de adelanto en las estrategias para la educación y promoción de salud, respecto al resto de los países del orbe. Incluso, el modelo de atención primaria que fue considerado como uno de los pilares básicos para alcanzar la propuesta de “Salud para todos en el año 2000”, refrendado en Alma Atá en 1977, era un camino por el que ya la isla venía avanzando desde los años sesenta y que continuó profundizándose posteriormente. Los elementos en los que se basó Alma Atá fueron principalmente “(...) *la participación de la población y la intersectorialidad, y estaba encaminada a tres objetivos fundamentales: los estilos de vida, prevenir las enfermedades evitables y alcanzar un adecuado nivel de rehabilitación de las discapacidades*”. (SANABRIA, 2004)

En los años que sucedieron a la Carta de Ottawa, en Cuba continuaron realizándose acciones que contribuían a la organización de la promoción y educación para la salud. En 1984 se crea el Centro Nacional de Educación para la Salud, que una década después se redimensiona para crear el actual Centro Nacional de Promoción y Educación para la Salud (CENPES), el cual acometió desde su fundación la divulgación y organización institucional de salud.

Con la crisis económica a la que se vio sujeto el país en la década de los noventa, se implementa un sistema de monitoreo de la equidad, a partir de las modificaciones en las condiciones de vida de la población y la disminución de la relativa homogeneidad que existía anteriormente. Este proceso de cambios tuvo repercusión sobre el enfoque epidemiológico-social de la salud cubana, se valorizan como nunca antes –al menos en el contexto nacional- las desigualdades e iniquidades como componentes determinantes en la emergencia de los principales problemas de salud.

El modelo de salud cubano ha alcanzado un alto grado de equidad asentado en su cobertura y acceso universales, y en el total financiamiento del Estado. La noción de equidad de la cual parte se fundamenta en un criterio de justicia social que no niega la diversidad e incluso la conceptúa como un elemento enriquecedor de lo social y presupone la superación de toda práctica de discriminación en cualquiera de las esferas de la actividad humana. La equidad en salud para los cubanos significa iguales oportunidades de acceso a los recursos disponibles, una distribución democrática del poder y de los conocimientos en el sistema de salud, y una política de salud que beneficie a todos sin consentir privilegios debido a diferencias de raza, género, discapacidad u otro rasgo de distinción grupal o personal. (MIRANDA, 2008)

La salud pública cubana ha mantenido una posición de referencia a nivel regional y mundial. Los principios sobre los que se basa desde la década del sesenta del siglo XX no solo han sido perfeccionados, sino que se readecúan a las transformaciones que va experimentando la sociedad cubana, gracias a una estructura que preside organizativamente el Estado y el CENPES desde el punto de vista técnico-metodológico. Se define por: *“(...) su carácter estatal; gratuidad y accesibilidad general a todos los servicios e instituciones; integralidad del sistema y su orientación planificada; orientación profiláctica; dispensarización de la población según los riesgos; asistencia médica sectorial como enfoque de trabajo para la accesibilidad; educación higiénica y sanitaria para toda la población; participación de la población en las acciones de salud; la práctica solidaria”*. (SANABRIA; 2004)

Los diferentes sectores conforman la estructura por la cual los ciudadanos se benefician de las acciones de promoción y educación para la salud, entretanto, los medios de comunicación -en estrecho vínculo con el CENPES- permiten que los mensajes de salud lleguen a todas las personas, pues estos reciben alta prioridad en los medios masivos propiedad del Estado, que en el caso cubano son todos.

1.4. Las campañas de prevención del VIH/SIDA a través de los audiovisuales.

Los medios de comunicación se han multiplicado en todo el mundo. Cada día es más amplia la popularización del uso de computadoras personales, la posibilidad de usar en ellas material de multimedia de diverso origen y cada vez más accesibles al grueso del público, así como las opciones de intercomunicación que ofrece la internet y los medios

alternativos al alcance de usuarios individuales y colectivos. En este contexto, las posibilidades de exposición al influjo de los medios de comunicación masiva son cada vez mayores y variadas, donde no pocas veces los mensajes pueden resultar contradictorios ante la amplia difusión por diversas vías.

En la sociedad contemporánea es cada vez mayor la importancia de los medios masivos y en particular de la televisión. Esta influye sobre la forma de actuar o de pensar de las personas, logra modificar la forma en que estas conocen y comprenden la realidad que les rodea. La televisión constituye una herramienta persuasiva que, con su alcance amplio y su atracción para las masas, es un terreno propicio para la oportunidad de incluir mensajes de salud dentro de sus programaciones. Su uso como canal para la promoción y educación para la salud, al igual que otros medios como la internet, hace posible el atractivo emocional y facilita las demostraciones de conductas saludables, pero, como ninguna otra vía, da la posibilidad de controlar, planificar, programar las políticas a seguir en la conformación de sus programaciones, a pesar de que se caracteriza por la disparidad. En consecuencia, ofrece la posibilidad de incidir de una forma mucho más intensa, a pesar de la cantidad incalculable de canales de televisión a que están expuestos los públicos, debido a que es el medio de más rápido desarrollo comunicacional y tecnológico, con tendencia a ir desplazando a otros medios.

La comunicación en salud es una estrategia clave que permite informar al público sobre asuntos de salud, mantener en la agenda pública asuntos importantes sobre la salud y promover estilos de vida a través del desarrollo de conocimientos y habilidades que permiten a la gente llevar a cabo cambios sostenibles en las condiciones que afectan su salud. Estas condiciones incluyen factores sociales, medioambientales y económicos, lo mismo que las conductas de los individuos (OPS, 2001). La realización y entrega de mensajes y estrategias para promover la salud de los individuos y comunidades deben estar basadas en la investigación de la audiencia, sus intereses, las condiciones en las que están insertos, los espacios de socialización en los cuales se desenvuelven, para de esta forma identificar los canales y modos que con mayor probabilidad llegarán e influirán en aquellos que están más expuestos. Asimismo, desde la segmentación de los públicos, se abre la oportunidad de identificar los grandes grupos de personas que comparten valores similares, tienen creencias similares, o comparten otros atributos claves que afectarán su atención y respuesta a la información sobre salud.

Es imprescindible, además, que el personal de salud comprenda de forma amplia cómo es que los medios de comunicación funcionan y cómo enmarcar sus mensajes para promover conductas saludables, con el fin de poder aprovechar su disponibilidad; lo cual coadyuve a que los especialistas de los medios puedan presentar en forma clara, comprensible y atractiva, y en unos pocos segundos, la información esencial necesaria para las audiencias.

Para transmitir el mensaje con éxito y ayudar a resolver un problema específico de salud, la comunicación requiere de la identificación de los medios apropiados, el mensaje, la audiencia a la que se dirige, y ubicarlo en el contexto más amplio de la promoción de la salud y los servicios de salud a nivel local, regional y nacional; de forma que exista una coherencia entre los contenidos de los diferentes mensajes a los que está expuesto el público, así como una correspondencia entre estos audiovisuales y los objetivos de promoción de salud que imperen en cada lugar. (OPS, 2001)

Los programas de comunicación por sí mismos, sin el apoyo de otros servicios, son insuficientes, pues estos son un componente más en los programas diseñados para promover la salud. Por tanto, también debe existir una articulación entre esta y los programas y estrategias de la promoción de salud, con el fin de que contribuya a la conformación de un mensaje de salud lo más completo posible.

En Cuba, las campañas de prevención de VIH/SIDA han sido efectuadas bajo los principios y objetivos de la práctica de promoción de salud que ha venido desarrollándose en el país a lo largo de varias décadas. Desde los inicios de la epidemia en Cuba, los medios, y en especial la televisión, han sido una vía fundamental para llevar a las audiencias el mensaje de prevención de la enfermedad. El empleo de los medios de difusión masiva se hizo, por mucho tiempo, sin que se trazase de alguna forma una guía para el trabajo con los medios, hasta que en 2008 se crea la *Estrategia de comunicación social para la prevención del VIH/SIDA*. La tarea fundamental a la que estuvo encaminada fue la organización de las acciones que, a través de los medios, se realizaran para la prevención de VIH/SIDA durante los años 2008-2010. (MINSAP, 2008)

La Estrategia clarifica el proceder, las directrices para el tratamiento del tema con los distintos segmentos poblacionales y su representación en los medios, las agendas prioritarias y el tipo de información que se brindará para cada caso; es apreciable,

igualmente, el interés por diversificar los públicos meta de los mensajes y la demanda de desarrollar productos comunicacionales que ayuden a elevar en la población la percepción del riesgo. El documento se destaca por ser el primero en asentar todo el plan a seguir para el abordaje de la prevención del VIH/SIDA en los medios, además de constituir una estrategia inclusiva, donde se destaca el interés sobre aspectos de la prevención como las acciones por la libre orientación sexual, el derribo de estigmas en torno a la epidemia, la intencionalidad de proporcionar a los receptores información sobre la enfermedad y la inserción social de personas seropositivas.

En este último aspecto se destaca el papel que en la Estrategia se otorga a la comunidad como ente importante en el alto de la propagación de la epidemia; su valor en la sensibilización y convivencia social con las personas con VIH en ámbitos como el familiar, laboral, estudiantil.

En la Estrategia se regula la realización de los audiovisuales mediante la implantación del asesoramiento de los realizadores por parte de los especialistas de Salud del territorio, los centros de prevención de las ITS-VIH/SIDA, las comisiones provinciales de educación sexual y los centros de investigaciones vinculados con el tema. Son declarados, de la misma forma, los elementos importantes a tener en cuenta a la hora de construir los mensajes, lo cual define las líneas para el trabajo con los productos comunicativos, tanto para los realizadores como para los especialistas del área de la salud.

Capítulo II. Diseño de investigación.

2.1. Problema, objetivos de la investigación y preguntas al problema.

Problema: ¿Cómo se manifiesta el enfoque de género en los materiales audiovisuales de las campañas de prevención de VIH/SIDA en Cuba, en el período 2000-2010?

Objetivo general: Valorar cómo se manifiesta el enfoque de género de los materiales audiovisuales de las campañas de prevención de VIH/SIDA en Cuba, en el período 2000-2010.

Objetivos específicos:

- Explicar la evolución del tratamiento de los objetivos de la educación y prevención para la salud, en los materiales audiovisuales de las campañas.
- Clasificar los materiales atendiendo a la naturaleza del mensaje comunicativo y analizar sus contrastes con el público al cual está destinado.
- Analizar la influencia de roles y estereotipos de género en las pautas de salud transmitidas en los mensajes comunicativos.

Preguntas al problema:

- ¿Cómo ha sido el tratamiento de los objetivos de la educación y prevención para la salud, en los materiales audiovisuales de las campañas?
- ¿Qué características presentan los materiales según la naturaleza del mensaje comunicativo y qué contrastes muestra con el público al cual está destinado?
- ¿Qué influencia tienen los roles y estereotipos de género sobre las pautas de salud transmitidas en los mensajes comunicativos?

2.2. Definición de conceptos y operacionalización de variables.

Género⁴: Es la creación totalmente social de ideas sobre los roles apropiados para mujeres y hombres, que no se remite directamente a diferencias en el orden biológico, sino a prácticas socioculturales que distinguen a lo masculino y lo femenino.

Sistema sexo- género: *"conjunto de prácticas, símbolos y representaciones, normas y valores sociales que las sociedades elaboran a partir de la diferencia anatomo-fisiológica y que dan sentido a la satisfacción de los impulsos sexuales, a la reproducción de la especie humana y, en general, a los relacionamientos entre personas."* (BARBIERI, 1995)

Perspectiva de género: Es *"una toma de posición política frente a la opresión de género; es una visión crítica explicativa y alternativa de lo que acontece en el orden de género, permitiendo analizar las profundas y complejas causas de dicha opresión y de los procesos históricos que la originan y la reproducen."* (PROVEYER, 2005, p. 1)

Masculinidad: Conjunto de prácticas, normas, símbolos, percepciones y valores sociales construidos socio-culturalmente a partir de la pertenencia al sexo masculino.

Masculinidad hegemónica⁵: Conjunto de prácticas, normas, símbolos, percepciones y valores sociales construidos socio-culturalmente a partir de la pertenencia al sexo masculino, y que tienen como atributo esencial, encarnar la alternativa de masculinidad más ampliamente compartida a nivel social en el marco de una sociedad patriarcal. Los rasgos que definen la masculinidad hegemónica en Cuba se asocian con la homofobia, la violencia, relaciones de pareja basadas en la subordinación femenina, la función proveedora como privativa del varón, la fuerza, la represión de sentimientos y emociones, la detención del poder, la conducta sexual imprudente y la práctica de conductas de riesgo a su integridad física.

Feminidad: Conjunto de prácticas, normas, símbolos, percepciones y valores sociales construidos socio-culturalmente a partir de la pertenencia al sexo femenino.

Estereotipos de género⁶: Imágenes sociales preestablecidas que son incorporadas en el proceso de socialización de manera automática; funcionan como códigos de actitudes y

⁴ Este concepto se construyó tomando como presupuestos las conceptualizaciones de género que, a partir de la revisión de la literatura referente al tema, se consideraron más relevantes desde una perspectiva sociológica y quedaron explícitas en el epígrafe: *Breve aproximación a la teoría de género. Su conceptualización*, pp. 6-15.

⁵ Ídem.

⁶ Ídem.

ademanos que rigen la conducta, el pensamiento, los sentimientos y la autoimagen, forzando la oposición entre los hombres y las mujeres.

❖ *Estereotipos de género masculinos:*

- | | |
|---|------------------------------|
| -fortaleza física | -competitividad |
| -propensión a actitudes violentas y agresivas | -obsesión por el orgasmo |
| -invulnerabilidad | -prepotencia |
| -indiferencia | -excesivo consumo de alcohol |
| -incapacidad para experimentar emociones | -falocentrismo |
| -impenetrabilidad emocional | -valentía |
| -carácter inflexible y dominante | -promiscuidad |
| -poca importancia del aspecto físico | -conducta sexual imprudente |
| -indiferencia en el cuidado de la salud y el bienestar personal | |

❖ *Estereotipos de género femeninos:*

- | | |
|--|---------------------|
| -destreza y experiencia en trabajos hogareños | - Fragilidad |
| -importancia del aspecto físico | -inferioridad |
| -pasividad | -debilidad |
| -carácter complaciente y permisivo | -receptividad |
| -cuidadosas del bienestar familiar | -sumisión |
| -poca disposición para afrontar riesgos y peligros | -estabilidad sexual |
| -poca atención a su cualidad erótico-placentera | -afectividad |

Rol de género⁷: Conjunto de prácticas tipificadas, normas, creencias, valores y prejuicios pautados y compartidos socialmente, que distribuyen las funciones de los individuos según el sexo de pertenencia.

➤ *Roles de género masculinos:*

-productivo: Aquellas actividades que generan ingresos económicos, que producen bienes o servicios para la venta o el autoconsumo. Tradicionalmente, los hombres han sido sus principales ejecutores, sobre todo de aquellas que rinden mayores dividendos.

-político: Son aquellas actividades que se desempeñan a través del liderazgo a escala regional, nacional o global; e incorporan la asunción de poderes para organizar y controlar el desarrollo de las sociedades. Históricamente ha sido uno de los grandes cotos del poder masculino.

⁷ Ídem.

-instrumental: Función que se hace corresponder al hombre en el marco familiar y en su papel de padre, que los sitúa como los proveedores económicos y sostén material del núcleo familiar.

-paterno: El ejercicio de esta función está estrechamente relacionado con la construcción de la masculinidad y la forma de socialización a que son expuestos los varones, que los sitúa como autoridad familiar, proveedores y aptos para todo trabajo. Para los padres resulta más importante exigir y controlar, dar ejemplo, transmitir conocimientos y apoyar a los hijos en determinada situación.

➤ *Roles de género femeninos:*

-reproductivo: Está relacionado con la reproducción biológica y las actividades necesarias para garantizar el bienestar y la sobrevivencia de la familia. Ejemplo de ello es el cuidado de niños(as) y ancianos(as), y las labores domésticas.

-comunitario: Actividades que se realizan para aportar al desarrollo o la organización pública de la comunidad a la que se pertenece. Su ejecución no reporta retribuciones económicas.

-expresivo: El ejercicio de la función expresiva se corresponde con el ámbito familiar, en el que se concreta su función reproductora, correspondiente a la socialización de los niños y la estabilización de las personalidades adultas. Este espacio se relaciona tradicionalmente y en casi todas las culturas con la figura femenina que, en su rol materno, es la encargada del cuidado de la casa y de la familia.

-materno: Constituye uno de los principales roles femeninos, sino el más notorio, que modela prioritariamente el *ser mujer*. Ser madre confiere a la mujer un lugar en su medio y en la sociedad porque, independientemente de su significado biológico para la reproducción humana, su valor social se redimensiona en la entrega y la dedicación materna en detrimento, incluso, de otros intereses o aspiraciones.

Promoción para la salud: *“La promoción de salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social, un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana”.* (OMS, 1986)

Educación para la salud: “(...) es la disciplina que se ocupa de iniciar, orientar y organizar los procesos que han de promover experiencias educativas capaces de influir favorablemente en los conocimientos, actitudes y prácticas de los individuos y de la comunidad con respecto a la salud”. (OCHOA; CASTANEDO; COBAS, 1997)

2.3. La selección de la muestra y los métodos y técnicas empleados en la recolección de la información.

Teniendo en cuenta las características del problema de investigación y del objetivo general del presente proyecto investigativo, se ha optado por la realización de un estudio analítico-descriptivo, con la adopción de una óptica de tipo cualitativo. El criterio que sustenta esta elección estuvo basado en la necesidad de optar por una postura metodológica que fuese congruente con el propósito del presente proyecto, el cual está dirigido al análisis del modo en que se ha manifestado la perspectiva de género en los materiales audiovisuales de las campañas de prevención de VIH/SIDA en Cuba, en el período 2000- 2010.

La metodología cualitativa resulta la estrategia idónea para el abordaje de problemáticas que intentan la construcción de un conocimiento que se relaciona con un tipo de realidad epistémica, cuya existencia transcurre en los planos de lo subjetivo y lo intersubjetivo, y no solo de lo objetivo (SANDOVAL, 1996). Esta investigación se plantea, dentro de sus objetivos específicos, el desentrañamiento de la influencia de aspectos socialmente contruidos, como los estereotipos y los prejuicios, en la conformación de los materiales audiovisuales de las campañas de prevención de VIH/SIDA en Cuba, como parte de las estrategias de educación y prevención de salud. Se trata de buscar el tratamiento que reciben la masculinidad y la feminidad, partiendo de las pautas de salud diferenciadas para ambos sexos, bajo el influjo de los roles y estereotipos de género como construcciones culturales; observar los contrastes del mensaje comunicativo con los públicos a los cuales se dirigieron; así como la Evolución del tratamiento de los objetivos de la educación y prevención para la salud en los audiovisuales.

Desde esta perspectiva, se persigue la comprensión, la decodificación de elementos propios del pensar o sentir de las personas, es decir, con creaciones sociales y abstractas, y no con los objetos en sí; de aquí emana la idea de recurrir a la perspectiva cualitativa para lograr la producción de datos descriptivos.

La propia naturaleza de nuestro objeto de análisis hace crucial su abordaje desde la postura cualitativa, si tomamos en cuenta el carácter subjetivo de la información; además, en el país, no son muchos los acercamientos que desde la sociología de la salud se han realizado a los productos audiovisuales que componen las estrategias preventivas en esta área, acaso por ser una problemática relativamente novedosa. Por ello, se requiere una perspectiva que sea adecuadamente flexible y adaptable a una temática que no cuenta con una experiencia precedente lo suficientemente consolidada, y con datos que resultan muy difíciles de estandarizar de antemano sin una primera confrontación. Se ha decidido, entonces, elaborar preguntas al problema y no realizar la construcción de hipótesis, de acuerdo con la lógica de un pensamiento orientado más hacia el descubrimiento que hacia la comprobación.

Precisamente, el método orientado al descubrimiento es plenamente coherente con el punto de partida de la investigación, basado en una problemática de índole sustantiva. Bajo este propósito, se cumple un análisis de la realidad social manifestada concretamente en la práctica. Se trata de descubrir la singularidad del fenómeno sin categorizaciones demasiado rígidas y permitir así la emergencia de la información, para efectuar un trabajo de producción teórica sustantiva apegado a este sector de la realidad humana. No obstante, una amplia revisión y documentación teórica sobre el tema, fue imprescindible para llevar a cabo esta tarea. Tal referente teórico ha sido la apoyatura para la construcción de las categorías de análisis emergidas de los datos obtenidos mediante el proceso de recolección.

El tipo de muestreo empleado para la recolección de datos fue intencional, es decir, no estuvo regido por leyes de azar, ni por leyes probabilísticas. La selección se hizo en función de las siguientes interrogantes: ¿en qué institución es elaborado el material audiovisual?, ¿cuándo fue realizado?, ¿quiénes lo hacen?, ¿a quién va dirigido?, y ¿qué contenidos posee?

Los elementos incluidos en la muestra estuvieron relacionados a su aporte en materia de información, pues, de hacer coincidir la muestra con la población, hubiesen sido demasiados los materiales a analizar, tomando en cuenta que el universo son los materiales audiovisuales realizados entre los años 2000-2010, como parte de las campañas de prevención de VIH/SIDA en Cuba. Por ende, se seleccionaron solo aquellas unidades que fueron consideradas de relevancia, atendiendo a las interrogantes trazadas, para un total de 30 audiovisuales. En el caso de la técnica de entrevista a expertos y especialistas, el muestreo fue opinático, se escogieron especialistas clave en

el ámbito del género, la salud y la comunicación, para los cuales se elaboraron guiones diferenciados según el tipo de información que estos pudiesen aportar, igualmente se tomó en cuenta el acceso real a cada uno de ellos. En total se aplicaron cinco entrevistas a: la Dra. Isabel Moya Richard, directora de la Editorial de la Mujer, especialista en temas de género y comunicación; la Dra. Hilda Saladrigas, Profesora Titular de la Facultad de Comunicación Social de la Universidad de La Habana, especialista en Comunicación Organizacional; la Dra. Reina Fleitas, Profesora Titular del Departamento de Sociología de la Universidad de la Habana, especialista en temas de género, salud y familia; César Dilú, Funcionario del CENPES, especialista en medicina interna y en el componente educativo de las estrategias de prevención de enfermedades transmisibles y crónicas; Jorge Pérez, especialista del Centro Nacional de Prevención de ITS-VIH/SIDA y director de televisión.

La estrategia metodológica o técnica seleccionada para la recolección fue el análisis de contenido, aunque fue utilizada la entrevista a expertos como técnica complementaria, en el afán de alcanzar la mayor objetividad posible en la información pesquisada. El análisis de contenido se llevó a cabo mediante el uso del muestreo teórico, siguiendo el criterio de saturación, con el objetivo de escoger los datos a coleccionar para un mejor desarrollo de los resultados; esto se hizo a partir de la elaboración de una guía de análisis de contenido que fue aplicada a cada uno de los materiales audiovisuales estudiados.

Teniendo en cuenta que el objetivo general fue analizar la perspectiva de género de los mensajes comunicativos en las campañas preventivas, el análisis de contenido permitió, como ninguna otra técnica, buscar la influencia que tienen las construcciones sociales de género, como los roles y estereotipos de género, en la conformación del producto audiovisual; puesto que estas, como creación humana, son expresión del sistema sociocultural al que pertenecen las personas que elaboran las estrategias preventivas.

Regularmente, al análisis de contenido se le asocia, casi exclusivamente, al análisis de textos. Pero en este caso no solo fueron tomados en consideración los aspectos lingüísticos del producto audiovisual, las imágenes constituyeron el principal foco de atención como fuentes importantes de datos. Donde se trató de reconocer el contenido o el significado explícito e implícito de lo que las propias imágenes pudieron sugerir, o bien de determinadas configuraciones verbales.

Aquí radica una de las principales desventajas del empleo del análisis de contenido cualitativo, máxime si se quiere obtener la información latente en los mensajes comunicativos. Es el riesgo de atribuir significados apoyados en la intuición, en tabús y en prejuicios, y, consecuentemente, no lograr agenciarse la significación que le confiere el sujeto al lenguaje, ya sea visual o lingüístico. Para evitar este tipo de faltas se tomó en cuenta el contexto situacional en el que se produjo el material, para conseguir bajo qué condiciones ocurre el proceso de producción de significados, lo cual está estrechamente relacionado con las claves proporcionadas por el anclaje teórico del estudio. No obstante, se le combinó con otros procedimientos de investigación, como la entrevista a expertos, con la intención de contrastar opiniones de especialistas del ámbito del género, la salud y la comunicación, dada la carencia de experiencias concretas en investigaciones de este tipo. El uso de complementario entre estas técnicas, ofreció criterios de fiabilidad y validez, además de evitar errores que resultarían costosos en términos de tiempo y calidad de los datos

Además de las ya mencionadas ventajas de la utilización de la técnica de análisis de contenido en esta investigación, podemos agregar la posibilidad que se abrió de trabajar con materiales que ya fueron producidos con antelación; facilitándose así la ocasión de lograr información relativa a tiempos pasados y hacer un estudio retrospectivo que mostrase el desarrollo y evolución de la problemática a lo largo del tiempo.

La codificación para la interpretación de los datos consistió en una mixtura entre la forma inductiva y la deductiva. La primera, relacionada con la codificación a partir de los temas o dimensiones relevantes en el estudio del material audiovisual propiamente; en la segunda, partiendo de la teoría, se aplicó en el pesquisaje de los datos, sus elementos centrales, dimensiones, variables y categorías.

Técnica de análisis de contenido

Unidad de contexto

- ❖ En esta investigación fueron utilizados los materiales audiovisuales seleccionados en forma íntegra.

Variable fundamental de la investigación

- ❖ Enfoque de género

Dimensiones de la variable

- ❖ Actitud frente al cuidado de la salud, por parte de hombres y mujeres, que es transmitida en el audiovisual.
- ❖ Correspondencia entre los objetivos de la educación y prevención para la salud en las políticas trazadas en las campañas anuales y el mensaje que plasman los audiovisuales.
- ❖ Inclusión o exclusión de públicos a los cuales están dirigidos los mensajes comunicativos.
- ❖ Sistema de relaciones intergeneracionales e intrageneracionales que se establecen entre de los personajes.
- ❖ Estereotipos sexuales y de género propuestos en la conformación de los personajes masculinos y femeninos, y aquellos que son desmontados.
- ❖ Roles sexuales y de género que se reproducen o se desmontan.
- ❖ Utilización de lenguaje sexista.

Categorías de análisis

1. Tema al cual está referido el material audiovisual:

- ❖ Uso del condón
- ❖ Apoyo y aceptación a personas infectadas
- ❖ Información sobre la enfermedad
- ❖ Hazte la prueba
- ❖ LineAyuda
- ❖ Diversidad sexual

2. Centro productor del audiovisual

- ❖ Centro Nacional de Prevención de ITS-VIH/SIDA

- ❖ Anima (Holguín)
- ❖ CENESEX
- ❖ MINSAP/MINED

3. Público meta

- ❖ Población joven entre 15 y 30 años
- ❖ Adultos.
 - Población de mujeres comprendidas entre 15 y 49 años
 - 15 a 19 años
 - 20 a 29 años
 - 30 a 39 años
 - Más de 40 años
 - Población de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH) comprendidos entre los 15 y 49 años
 - 15 a 19 años
 - 20 a 29 años
 - 30 a 39 años
 - Más de 40 años
 - Población de hombres heterosexuales comprendidos entre 15 y 49 años
 - 15 a 19 años
 - 20 a 29 años
 - 30 a 39 años
 - Más de 40 años
- ❖ Familia
 - Materiales dirigidos a las familias donde alguno de sus miembros está infectado
- ❖ Sectores sociales que participan en la Respuesta Ampliada a la Epidemia
 - Personal de las instituciones de salud
 - Promotores de salud
 - Directivos y colectivo laboral de las entidades involucradas

4. Contexto en el que se produce el material

- ❖ Año de realización del material
 - Período 2000-2010

- ❖ Tipo de tratamiento de la temática por parte de los realizadores y los centros productores
 - Llamado a la sensibilización
 - Contribución al conocimiento
 - Empleo indiscriminado de tecnicismos
 - Tratamiento lastimoso hacia las personas afectadas
 - Apertura hacia la diversidad sexual
 - Inclusión o exclusión social de personas infectadas
 - Énfasis en determinado grupo
 - Visión social de la enfermedad

5. Objetivos de la comunicación

- ❖ De tipo preventivo
- ❖ De tipo informativo
- ❖ De tipo educativo

6. Tipo de presentación

- ❖ Demostración de la conducta de salud
- ❖ Testimonios de portavoces reconocibles
- ❖ Escenas de la vida cotidiana
- ❖ Dibujos animados
- ❖ Humor como atractivo
- ❖ Músicas que contienen en su letra el mensaje de salud
- ❖ Alusión metafórica
- ❖ Mensaje de texto

7. Métodos utilizados para lograr los objetivos propuestos

- ❖ Persuasorio
 - Utilización de expresiones e imágenes persuasorias
 - Invitación al razonamiento y al convencimiento sobre la base de la información o situaciones presentadas
 - Apelación al área afectiva y conativa, creación de necesidades como base de la motivación
- ❖ Intimidatorio
 - Empleo de expresiones que provoquen temor
 - Extensión de la expresión
 - Duración en pantalla

- Carga semántica del texto
- Utilización de imágenes audiovisuales que provoquen alarma en el público
 - Contrastes de colores
 - Utilización de los planos
 - Sonidos o música utilizada
- ❖ Recriminatorio
 - Uso de expresiones y/o acciones que estigmaticen, que indiquen reproche, culpabilidad o censura sobre las personas enfermas, o sobre determinado grupo

8. Características de los actores individuales o no-personales que intervienen

- ❖ Actores individuales o grupos sociales
 - Información socio-demográfica
 - Sexo
 - Grupo etario
 - Color de la piel
 - Estado civil
 - Ocupación (en los casos donde sea evidente)
 - Otras informaciones que pudiesen inferirse
 - Características psicosociales
 - Orientación sexual
 - Origen social (en los casos que sea evidente)
 - Apariencia personal de los sujetos que se presentan enfermos
 - Apariencia personal de los actores que intervienen en la comunicación
- ❖ Actores no-personales
 - Tipo de relación que establecen con otros actores no-personales o personales
 - Cualidades sugeridas a partir de sus características físicas
- ❖ Protagonismo en el discurso
 - Personas con VIH
 - Mujeres
 - Hombres

- Jóvenes
- Activistas
- Personas reconocidas dentro del ámbito nacional, con cierto prestigio o liderazgo en determinados grupos sociales

9. Recurso retórico utilizado

- ❖ Uso de slogans de texto
- ❖ Uso recurrente de una imagen, expresión, texto, situación, música o efecto de sonido particular

10. Espacios, ambientes o situaciones en las que se recrea el material

- ❖ Espacios públicos o privados
- ❖ Rural o urbano
- ❖ Indefinido
- ❖ Sector social
- ❖ Problemáticas de pareja, sexualidad, diversidad sexual

11. Características de las relaciones de género que establecen los personajes

- ❖ Estereotipos sexuales reproducidos o desmontados
- ❖ Roles de género reproducidos o desmontados
- ❖ Relaciones de poder intergenéricas e intragenéricas que son establecidas
- ❖ Empleo de lenguaje sexista

12. Utilización del lenguaje audiovisual

- ❖ Aspectos que potencian el contenido explícito e implícito de la comunicación
 - Plano
 - Encuadre
 - Espacio
 - Sonido

Capítulo III. Resultados de la investigación.

3.1 Evolución del tratamiento de los objetivos de la educación y prevención para la salud.

Las campañas de prevención en salud constituyen un complejo sistema donde confluyen acciones de tipo educativo, preventivo e informativo, que se engloban por lo general bajo una estrategia de prevención o de promoción que marca los derroteros con objetivos y tareas definidos. A su vez, dichas acciones son realizadas en distintos ámbitos para el trabajo de prevención de enfermedades y en diferentes soportes. Las estrategias cuentan con varios modos para hacer llegar a los diversos públicos el discurso preventivo, donde el spot para la televisión es uno de los más empleados en los últimos tiempos.

Este medio, como ningún otro, permite lograr niveles de recepción del mensaje a escala masiva, pero solo con la complementación de otras formas de transmisión más participativas, como las charlas, los grupos de debate y los talleres de transformación, en los que se pueda obtener el resultado de la recepción del mensaje, se hace entonces posible un trabajo de promoción de salud eficiente. Otras instituciones como la escuela o la familia cobran vital importancia como agentes socializadores, pero los medios de difusión audiovisual ocupan un lugar importante en la sociedad moderna. Un audiovisual no es por sí solo una estrategia educativa, sino que es un componente de la misma, que tiene limitantes para la retroalimentación con los criterios del receptor. Por ello, es ineluctable que su realización esté cimentada sobre la base de estudios previos o al menos esté en estrecho vínculo con las características de las personas a las que se dirige, pues, de lo contrario puede producir un efecto inverso.

Si bien la prevención, promoción y educación se interrelacionan, presentan diferencias en cuanto a su alcance y objetivos. La promoción de salud es la acción más amplia y universal hacia la población, está constituida por acciones educativas y preventivas que buscan la incidencia sobre el comportamiento y las actitudes de los individuos, pues, cuando se promueve salud también se previene. La prevención, en cambio, es la función de la salud pública encargada de evitar enfermedades, que se dirige a grupos de riesgo concretos, y conlleva a acciones educativas y no educativas como el tratamiento médico propiamente. La educación es entonces una herramienta tanto en la promoción como en la prevención.

La prevención del VIH/SIDA tiene igualmente al audiovisual como un instrumento para la promoción de salud, pero supone un reto ante el inevitable vínculo que debe existir entre el personal de salud y las entidades o personas que son las encargadas de elaborar los productos comunicativos. Este tipo de simbiosis no siempre se logra de la manera más feliz y se desaprovechan las bondades que brinda el audiovisual como vía para la transmisión del mensaje de salud. En Cuba, el centro que rige desde hace más de una década las acciones de promoción, de capacitación y las campañas que se van a desarrollar, es el Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/SIDA (CNP). En esta institución, subordinada al MINSAP, son creadas las estrategias de cada una de las líneas de trabajo según los distintos públicos para los cuales se trazan los programas y la planificación, aunque están todas relacionadas entre sí. Cada una de las campañas que se confeccionan desde el CNP, por lo general, cuentan con un audiovisual que ayuda a reforzar el mensaje que se planea transmitir, que, si bien no es el soporte donde mejores resultados se han obtenido, es al menos el más visible y el de mayor alcance e influencia.

Los *spot* televisivos elaborados han sido reflejo de los distintos momentos por los que ha transitado la concepción de los objetivos de la promoción y educación para la salud en la última década, donde se puede definir una cierta evolución en el tratamiento de las diversas temáticas, así como del propio uso del audiovisual como medio.

Durante todo el período 2000-2010, el *slogan* de texto fue uno de los recursos retóricos que con mayor frecuencia fue empleado en los mensajes de prevención de VIH/SIDA. Hasta poco más de mediados de la década, los mensajes estaban dados por la espontaneidad y no existía una estrategia para la promoción de salud a través de los audiovisuales. Esto atentaba contra la fijación del mensaje por parte de los receptores, pues estaban expuestos a muchos tipos de *slogans*, no siempre coherentes entre sí, y en consecuencia producían alguna desorientación.

Los textos enfatizaban el contenido del audiovisual, que en la primera mitad estaban orientados al uso del condón y la ayuda a los seropositivos casi exclusivamente. Con el transcurrir de los años, el abanico de temas se fue ampliando y, por ende, los mensajes de texto también se hicieron eco de estas incorporaciones y modificaciones en el abordaje de las temáticas.

Es en la segunda mitad que se traza un plan con el fin de hacer más eficaces las campañas de prevención de ITS-VIH/SIDA, esta es la Estrategia de Comunicación Social para la Prevención del VIH/SIDA 2008-2010. En el documento quedan pautadas las líneas estratégicas y se unifican por primera vez las acciones de prevención del virus. La Estrategia se revierte en una mayor coherencia entre las distintas aristas de las campañas, así también el audiovisual fue escenario de tales transformaciones.

El *slogan* de texto que predominó para las últimas producciones fue PROTÉGETE SIEMPRE, ¡TÚ PUEDES!, utilizado fundamentalmente en la serie *Mitos y Realidades sobre el VIH/SIDA*. El mensaje muestra al receptor que puede tener la voluntad para protegerse. Se le da participación en la prevención de la enfermedad, con lo cual se hace trascender el trabajo de la promoción de salud más allá de la educación, de la mera educación del pueblo. El objetivo no fue solo educar al pueblo, sino que se trató de lograr que este participara y tuviera las condiciones, las herramientas, las opciones para optar por una vida más saludable. Otros estuvieron centrados en el llamado de alerta ante el peligro que supone este virus para la vida como, por ejemplo: PROTÉGETE. NO SEAS UNO MÁS, NO 1 +, coincidente con el llamado a la severidad de los últimos años.

En los inicios de la década de los 2000, los audiovisuales estaban elaborados con un contenido mayormente de tipo preventivo, se buscaba la promoción del uso de la protección en las prácticas sexuales. La concepción que se tenía de la promoción de la salud sexual ante las ITS-VIH/SIDA estaba fundamentada, casi exclusivamente, en la utilización del condón y la abstinencia sexual como vías para la protección. Los mensajes prácticamente no contenían elementos educativos, no se ofrecía información sobre la enfermedad y la importancia del uso del condón. Esto coincidió con una etapa en la que primaba el desconocimiento sobre la enfermedad y los modos en que se propagaba, por tanto, los abordajes se vieron marcados por la carencia de información, lo que repercutió en el alcance de determinados temas; problemática que venía arrastrándose desde la década que le antecedió y que en buena medida no se había solucionado del todo al comienzo de la etapa en la que se enmarcó el estudio.

Por ejemplo, los mensajes encaminados a la promoción de salud en jóvenes y adolescentes, en los primeros años del período, no tenían como tema el uso del condón como método de protección ante la enfermedad, sino que el énfasis mayor estaba en

promover la abstinencia sexual en estas edades como vía para la práctica de una sexualidad responsable. Se elaboraron bajo la premisa de que no tener sexo era la mejor manera de no ser infectado con el virus, desestimaron que este es el rango de edades en que los jóvenes cubanos comienzan a experimentar encuentros sexuales, de ahí la importancia de que estos mensajes fueran una vía para la educación sobre una sexualidad protegida y, por ende, responsable. Además, se hizo hincapié en la importancia de la comunicación entre los padres y los jóvenes para de esta manera promover la educación sexual en el marco de la familia.

En años posteriores, se aprecia una evolución del tratamiento del concepto de sexualidad responsable. Comienza a introducirse la idea de que lo más importante es el uso del condón como única manera de evitar el contagio. En esta fase se comienza a involucrar a los jóvenes en la promoción de salud con el programa *Adolescentes y jóvenes en la prevención del VIH*, donde se potencia la preparación de estos como promotores de salud, cuya labor estaría encaminada a la promoción y educación de otros jóvenes. La premisa pasa a ser entonces el conocimiento por encima de la desinformación sobre la enfermedad y su protección. Por ello, se inicia la instrucción de las más jóvenes generaciones para que iniciasen su vida sexual con la suficiente información y, en consecuencia, pudiesen experimentar un sexo seguro.

Los *spots* de la primera fase, que excepcionalmente contaron con alguna información, estaban dirigidos al público masculino adulto o a un público general también adulto, no así a las mujeres, jóvenes y adolescentes. En estos primeros años se denota una falta del componente educativo que un mensaje de salud sexual debe poseer. El tratamiento de la enfermedad estaba basado en provocar alarma en el público, llamar la atención sobre el peligro para la vida que representa la epidemia, aunque, con el paso de los años, se produce una suavización de los términos en los que se habla de la enfermedad. Ya en años más recientes comienza a retomarse el llamado de atención sobre la población, pues los niveles de percepción de riesgo bajaron considerablemente, a pesar de que la población estaba más informada que en años anteriores.

Precisamente, uno de los aspectos que sufrió una transformación importante fue el nivel de información sobre la enfermedad, el componente educativo. En la medida que avanzó la década se realizaron mayor cantidad de materiales de tipo educativo, a pesar de que casi todos pueden ser catalogados como educativos y preventivos, partiendo de

la propia concepción de que la prevención debe contener la educación de salud. No obstante, no solo se remitieron a la información sobre la enfermedad, también se trató de modificar la conducta de la población e instituciones hacia las personas con VIH/SIDA y la aceptación de la libre orientación sexual. Este tipo de informaciones se encuentran mayoritariamente en los audiovisuales más recientes del período, pues la información sobre la enfermedad fue una arista que se fue profundizando con el paso de los años, pues, como ya se mencionó, en los inicios los argumentos sobre la necesidad de protegerse y la connotación de la enfermedad eran escasos.

Es de señalar que en varios de los materiales de la fase final de la década, el público destinatario fue el masculino y, por ende, la información brindada está dirigida a la concientización de este tipo de población, las temáticas están estrechamente relacionadas con aspectos de la construcción de la masculinidad, como son el rechazo a la diversidad sexual, el excesivo consumo de alcohol y el inicio precoz de las relaciones sexuales, muy pocos tienen información encausada a las mujeres.

Los mensajes dirigidos exclusivamente a las mujeres fueron orientados, en un inicio, al uso del preservativo, no se dieron argumentos sobre la necesidad, los beneficios de su utilización, así como las implicaciones desventajosas de su no empleo, sencillamente se propuso. Tampoco se brindó información general sobre las ITS-VIH/SIDA. Luego, avanzados los años, se comienzan a introducir informaciones en los *spots* para mujeres, aunque los dirigidos a hombres mantuvieron la supremacía al respecto.

En ese sentido, no se halla un discurso coherente entre los objetivos de cada una de las líneas de trabajo y la plasmación de estos en el producto final, sino que existe una dicotomía entre ellos. Esto denota una desconexión entre los realizadores y el personal de especialistas de la salud que cuenta con la información necesaria para llevar al *spot* un mensaje acoplado a los objetivos de las líneas. El tipo de tratamiento de las temáticas por parte de los realizadores constituye un aspecto elemental para la contextualización de los audiovisuales, por cuanto, las tendencias de cada momento marcan la forma de abordaje de las diferentes etapas del período.

Desde el inicio de la década es significativa la visión social de la enfermedad que es proyectada en los mensajes, primeramente mostrando las implicaciones sociales, la discriminación y exclusión de que son objeto estas personas, sin que se enfatizara en las relacionadas con el punto de vista clínico. Se empleó con mucha mayor frecuencia el

método intimidatorio para lograr los objetivos propuestos. Es así que en estos materiales se emplean expresiones, imágenes, sonidos y músicas que están investidas de una carga negativa y triste. Las situaciones presentadas denotan urgencia, premura, intentan llamar la atención del receptor mediante la alarma; para ello, los sonidos fuertes y estridentes, las imágenes rápidas y angostas, son el recurso más frecuente, especialmente en aquellos mensajes que proponen el uso del condón como vía para la protección.

Compulsar a los receptores a actuar a partir del miedo puede producir resultados no siempre eficaces si no se manejan los resortes artísticos para ello. En el caso de la prevención, los mensajes que son realizados bajo esta premisa son denominados mensajes de comunicación de riesgo, *“(...) se refuerzan los aspectos negativos, los efectos negativos para la salud, con el fin de provocar una reacción inmediata en el público. Pero este recurso no provoca cambios sostenidos de comportamientos. Las acciones o los mensajes de promoción de salud sí pueden llegar a tener mayor impacto en las conductas sostenidas, porque se orientan hacia lo positivo”*. (Ver anexo No. 4.4)

Aunque sin pretenderlo directamente, muchos de los videos provocan sensaciones de alarma por la propia presentación que tienen. Es el caso de varios de aquellos que buscaban la sensibilización con las personas infectadas con el virus, en los que se invoca al miedo, reflejado en el aislamiento, la confinación, la inminencia de la muerte. Por tanto, los materiales alejan al receptor de la intención inclusiva hacia los seropositivos, se confiere a los portadores una identidad de enfermos, de estigmatizados. Este tópico se mantuvo con regularidad hasta los materiales más recientes, aunque se descubre una progresión en el modo de abordarla. En los primeros *spots* se evidencia un tratamiento lastimoso y compasivo hacia las personas infectadas, que, más que apoyo y aceptación, producían rechazo, tanto por los receptores seronegativos como por los seropositivos. Se creó un alejamiento entre las personas enfermas y las sanas, descolocando a los sujetos sanos de la posibilidad de estar involucrados en situaciones similares, salvo algún vínculo sentimental que pudiesen tener con los infectados.

Más recientemente, se exponen mensajes encausados a la inclusión social, exhibiéndose de forma más positiva como otra enfermedad con la cual las personas pueden vivir sin que esto determine socialmente a quien la porte. La dirección pasa a ser de la familia del seropositivo a las personas, instituciones u organismos que participan en la respuesta

ampliada a la epidemia, donde se presentan varias situaciones y espacios en los que regularmente las personas con VIH quedan socialmente excluidos, y se cuestiona sobre la justeza de tales acciones.

En las primeras producciones del período, aunque en menor medida, también se empleó el recurso de la persuasión apelando al área afectiva, con el fin de despertar en los receptores sentimientos de compasión y solidaridad para con los seropositivos. Luego se revela una supremacía del discurso persuasorio por sobre el intimidatorio. Donde se trata de convencer al receptor mediante la explicación convincente y pausada, sobre la base de la información brindada. Se invita a la reflexión sin imposiciones, los temas se presentan de forma distendida, sin grandes elaboraciones técnicas, fácilmente comprensibles por el público. La mayor parte de los portavoces son personalidades de la cultura y el deporte nacionales, lo cual contribuye a llamar la atención del público, lograr la rápida identificación con varios sectores de la población, y en consecuencia esto aporta credibilidad al discurso. La información sobre la enfermedad comienza a ser más abundante, se ofrecen argumentos sobre la importancia del uso de protección, se comienza a eliminar la mirada torcida sobre los seropositivos y se llama a los receptores a razonar en la justeza de la discriminación a causa de la enfermedad. La persuasión, para las últimas producciones, se basa entonces en la información brindada, aunque no se abandona del todo la intimidación como manera de llamar la atención del público.

Al inicio del período existió un cierto desbalance en la utilización de los métodos para conformar los audiovisuales, aspecto que se fue enmendando, al menos parcialmente, con la acumulación de experiencias y el cambio de perspectiva respecto a la enfermedad. El desequilibrio inicial restó efectividad en la comunicación, pues un abuso de uno de los métodos generalmente produce rechazo por parte de los públicos, especialmente cuando se trata del intimidatorio o recriminatorio. El objetivo de la comunicación no puede ser culpabilizar, ni intimidar, sino que se debe lograr una articulación entre los diferentes modos de transmitir el mensaje, donde predomine la parte cognitiva, optar más por un modelo cultural, *“(…) donde se tengan en cuenta las prácticas de los públicos, las necesidades del emisor y también las condiciones de la sociedad, porque hay que tratar de unir esa tríada, en que se pueda articular el conocimiento científico, las necesidades de la sociedad y también las experiencias vividas del público objetivo”*. (Ver Anexo 1)

Los audiovisuales de la serie *Mitos y realidades sobre el VIH/SIDA* -los más recientes del período 2000-2010- han estado dirigidos en su mayoría a la temática de información sobre la enfermedad, teniendo en cuenta que su principal objetivo es la deconstrucción de los mitos que alrededor de ella son elaborados. Con esta serie se corroboran algunas de las transformaciones en el tratamiento de los objetivos de educación y promoción para la salud. Se produce un cambio de intención: desde una visión estereotipada de la enfermedad, donde el audiovisual reproduce un grupo de mitos, hasta la propia producción de mensajes que se proponen su desmontaje. Asimismo, todos proponen el uso del condón como la forma más efectiva para prevenir la enfermedad, en contraste con la tónica de otras producciones anteriores que enfatizaban en la abstinencia y estabilidad sexual. Evoluciona, igualmente, el abordaje de la enfermedad desde la óptica de la diversidad sexual -de vital importancia para combatir la epidemia-, teniendo en cuenta que este tema es sobre el cual se elaboran mayor cantidad de mitos.

En un inicio, el acercamiento se hacía de forma implícita con cierta reserva hacia este tema, no se mostraba de forma natural, sino como algo sombrío; se abordaba temerosamente, con una carga importante de prejuicios, de tabúes, lo cual no contribuía a la concientización de la población, sino que producían aún más rechazo. No se percibieron portavoces que tocasen abiertamente la temática, sino que se empleó la imagen como forma de comunicación, en las que resalta el uso de escenas veladas, en las que no se definen claramente las situaciones. En años posteriores se produce un giro en el tratamiento, se comienzan a elaborar audiovisuales cuyo contenido se presenta no solo más explícito, sino que se utilizan portavoces que manifiestan la diversidad sexual con mayor espontaneidad, como algo natural y legítimo, y con un alto grado de información.

Uno de los centros productores que con mayor ahínco trabajó el tema del respeto a la diversidad sexual fue el CENESEX. Aunque este es un aspecto de suma importancia para el logro de los objetivos de promoción de salud sexual, no se abordó directamente el tópico de las ITS-VIH/SIDA y su prevención, sino que estuvieron orientados específicamente a la educación sexual; algo que no ocurrió en los materiales promovidos por el Centro Nacional de Prevención de ITS-VIH/SIDA, puesto que los presentados bajo este tópico señalaron principalmente la concientización de la población sobre la necesidad del uso del condón, y no tanto la diversidad sexual como tema, sino que se trató como un público sobre el cual incidir. Para la segunda parte de la década, el

CNP comienza a tomar más directamente este aspecto, en especial el surgimiento y desarrollo de la línea de trabajo de Hombres que tienen Sexo con otros Hombres (HSH).

Cada uno de los centros e instituciones que emprendió la realización de promocionales de salud sobre ITS-VIH/SIDA se caracterizó por diferentes temas y públicos destinatarios. De los audiovisuales analizados, el mayor porcentaje de estos fue promovido por el Centro Nacional de Prevención de ITS-VIH/SIDA, institución adscrita al MINSAP, en el que los públicos y temas fueron los más abarcadores de todo el país. Algunos de los materiales fueron realizados bajo coordinación conjunta del MINSAP y otras organizaciones internacionales como ONUSIDA.

Los que estuvieron dedicados a la promoción de salud en adolescentes y jóvenes contaron, habitualmente, con la participación de los Ministerios de Salud Pública y de Educación, así como los producidos en los Estudios Anima de la provincia de Holguín. Esta entidad ha tenido una presencia importante dentro de las parrillas de mensajes de bien público de la televisión nacional, siendo, fuera de la capital, el centro de mayor producción. Algunas provincias como Granma y Santiago de Cuba también tienen en su haber, aunque en menor medida, mensajes para la prevención de las ITS-VIH/SIDA. A pesar de que el abordaje desde las provincias pudo ser más limitado por el espacio reducido sobre el cual pueden actuar, los temas se correspondieron, en gran medida, con los objetivos trazados por centros de orden nacional. El nivel de factura del producto comunicativo realizado en centros fuera de la capital no siempre fue de la mejor calidad –a pesar de claras excepciones, como el *spot Caperucita* de la provincia de Granma-, aspecto que pudo atentar contra el nivel de receptividad por parte de los públicos.

En sentido general, el grado de elaboración visual de los materiales nacionales fluctuó en el transcurso de la década. En un primer momento abundaron los *spots* de bajo perfil, en los que las presentaciones carecían de atractivo, fueron poco imaginativas y aburridas, y el nivel de complejidad fue pobre, por tanto, el receptor no fue incentivado a prestar atención a los mensajes. Con el acopio de experiencia y la progresión de la tecnología, se comienzan a explorar otros modos para la realización de los videos, que resultaran más atractivos a los receptores, y en los que se reflejaran sus intereses y características como público.

3.2 Contrastes del mensaje comunicativo de los materiales con el público al cual está destinado.

En el análisis de las producciones audiovisuales para la prevención del VIH/SIDA del período 2000-2010, fueron vislumbradas varias temáticas y tipos de tratamiento a cada una de estas, en contraste con los públicos para los cuales se elaboraron estos productos comunicativos. Los tópicos que se tocaron, mayormente, se hicieron corresponder con determinados grupos, por lo cual en estos fueron más o menos representados algunos segmentos poblacionales. Igualmente, un mismo contenido fue abordado desde diferentes posturas, de acuerdo al momento de producción del material y al grupo al cual estuvo dirigido.

Los audiovisuales pesquisados no presentaron una paridad en la representación de cada uno de los públicos, sino que algunos fueron prácticamente obviados o no se consideraron las particularidades y la diversidad que les caracterizan. Se tomaron, en algunos casos, como públicos homogéneos para los cuales se elaboraron monotemáticos que contenían el mensaje para esta población en sentido amplio. Esto crea un obstáculo, pues, al no hacer una diferenciación de las poblaciones y de asumirlas como un ente único y uniforme, se ignoró *“(...) que este público está conformado por niños, por adolescentes, por jóvenes, por menos jóvenes y por tercera edad, y que cada una de esas etapas de la vida tiene una manera de enfocar el asunto, y por tanto una manera simbólica de asumir el mensaje, de recodificar el mensaje, o sencillamente no codificar”*. (Ver Anexo 2)

Pero, no solo la segmentación por edades hace efectivo el mensaje de promoción de salud, algo que no se puede soslayar en la elaboración del mensaje son la particularidades de la construcción social de lo femenino y lo masculino. *“Es muy importante, a la hora de establecer cualquier campaña, (...) ver cómo se dan en hombres y mujeres las prácticas culturales que pueden hacerlos más o menos vulnerables a determinadas enfermedades, más o menos vulnerables a pedir asistencia, a pedir ayuda. Porque este es un tema en el que no estamos abordando o tratando una enfermedad, estamos abordando y tratando prejuicios, a la cultura, no podemos verlo solo como algo que tiene que ver con una enfermedad, sino también que estamos enfocándonos a prácticas y concepciones culturales muy arraigadas, y ese es el desafío para la comunicación”* (Ver Anexo 1). Para ello, es imprescindible hacer visibles las

condiciones reales en las cuales se producen las relaciones inter e intragenéricas, así como la diversidad que existe al interior de cada uno de los géneros.

Una cantidad significativa de los audiovisuales estudiados tuvo como público meta a los hombres, siendo estos los más representados de toda la década y la única población segmentada según sus características para la confección de algunos de los materiales, en coherencia con las altas tasas de infección que exhibe. En este sentido, los mensajes estuvieron divididos en dos grupos, fundamentalmente: aquellos direccionados a los hombres heterosexuales y otros enfocados a los Hombres que tienen Sexo con otros Hombres (HSH). Algunos *spots* se orientaron a los hombres en sentido general, sin que lograra definirse una parte específica, ni se tomaran en cuenta las particularidades de estos públicos. También fueron representados en los mensajes que se destinaron a la población en sentido absoluto. No obstante, ser el único público sobre el cual se hizo algún tipo de partición en la confección de los materiales, quedaron obviadas otras particularidades como el color de la piel, procedencia social o nivel educacional, más allá de la preferencia sexual.

El criterio de preferencia sexual fue prácticamente la única diferenciación que se estableció en el grupo de hombres. No así en el grupo de mujeres, pues los mensajes que promueven la diversidad sexual como un hecho natural lo han simplificado al aspecto masculino de la homosexualidad; ninguno de los materiales hizo referencia a la homosexualidad femenina directamente. *“Esto es algo que muchas veces las mujeres lesbianas reclaman y es que no se tienen en cuenta en el caso, por ejemplo, de todo lo que tiene que ver con la salud sexual y reproductiva, la particularidad de la orientación sexual de las mujeres y sus prácticas”*. (Ver Anexo 1)

Como tendencia, en los inicios de la década, se ponía mayor énfasis en la promoción del uso del condón en el público HSH. Ello estuvo vinculado con el mito de que el SIDA es una enfermedad de homosexuales, independientemente de que los porcentajes mayores de infectados, para esas fechas, correspondían a hombres homosexuales. En la segunda mitad de la década, las producciones continuaron haciendo la segmentación según la preferencia sexual, aunque se revela cierto aumento de materiales destinados al público masculino en sentido amplio. En estos *spots* comienza a brindarse información relativa a la enfermedad de acuerdo a las particularidades de los hombres, con el objetivo de lograr la concientización de este segmento poblacional sobre la severidad de la

enfermedad y su responsabilidad como población de alto riesgo. Ya en los últimos años se inicia un período en el que se tiene una perspectiva más abarcadora del tema, se comienzan a producir materiales cuyo propósito principal era la deconstrucción de mitos y estereotipos elaborados sobre la enfermedad, algunos relacionados con la orientación sexual y la construcción de la masculinidad hegemónica.

En los primeros años de la década, los audiovisuales presentaron actores de orientación sexual heterosexual, salvo contadas excepciones en los que se sugería de una manera muy obscura el tema de la homosexualidad. Con el transcurrir de los años se comienzan a visualizar actores de orientación sexual diversa, coincidente con un período de apertura al respecto. Los actores que figuraron personajes homosexuales eran todos de raza blanca, no se detectó ninguno donde estos personajes fueran negros o mestizos. Es importante señalar que los materiales que trataron el tema de la diversidad sexual se basaron principalmente en escenas dramatizadas y no en la utilización de portavoces. El único caso donde el portavoz es hombre y se hace un llamado al respeto por la libre orientación sexual y la desmitificación de que el SIDA es una enfermedad de homosexuales, el protagonista es un transformista. Teniendo en cuenta que esta es una profesión socialmente catalogada como de personas homosexuales, puede producir rechazo al mensaje por parte del público masculino de orientación heterosexual -al cual está dirigido fundamentalmente el audiovisual-, pues este es el mayor portador de prejuicios respecto a la homosexualidad.

Otra de las características de los mensajes dedicados a los hombres fue la asociación directa de la protección con la seguridad, con la firmeza. Algunos de los audiovisuales utilizaron la alusión metafórica para hacer referencia de manera indirecta a los órganos sexuales masculinos; a los que siempre se les asemejó a objetos fuertes, contundentes y grandes. Con recurrencia, se apeló a escenas donde se destacaban la fuerza y la dureza, atributos propios de la construcción de la masculinidad. También se evidenció la particularidad de que en algunos de los *spots* el llamado no era solamente al uso del condón, sino a la estabilidad sexual, a partir del principio de promiscuidad de la masculinidad hegemónica.

Las mujeres, como grupo poblacional, fueron protagonistas de los mensajes, únicamente en los *spots* dirigidos al público femenino, y participaron en los materiales concebidos para hombres como las parejas o como objetos del deseo de estos. En dichos mensajes

se pone énfasis en sus cualidades físicas: generalmente son mujeres jóvenes, atractivas, de apariencia saludable, bien maquilladas, peinadas y vestidas con ropas que resaltan su físico.

En todo el período objeto del estudio se hizo frecuente la configuración de públicos homogéneos, tanto para los hombres como para las mujeres; motivo por el cual muchas identidades quedan fuera de los spots al no ser representadas; lo que se revierte en la no asimilación, por algunos segmentos poblacionales, de varios de los mensajes propuestos. Por tanto, aunque *“(...) es importante tener en cuenta la manera en que hemos sido contruidos culturalmente hombres y mujeres, también es muy importante diferenciar al interior de la mujer o al interior de los hombres por todas las otras condiciones que los conforman, en su variedad y su diversidad como seres humanos”*. (Ver Anexo 1)

Los materiales realizados para el público femenino fueron especialmente deficientes en la visibilización de la pluralidad de las mujeres como género. A diferencia de los hombres, estas se tomaron como una población homogénea y uniforme, no se estimaron las diferencias que existen en este público en la conformación del audiovisual; por tanto, aunque estuvieron representadas como población, no existió una división en el contenido del mensaje a partir de sus características. Solo se enfocó este público en el sentido de la importancia de que las mujeres portaran el condón, todos buscan crear la conciencia de su papel en el marco de una relación sexual, una posición más activa al respecto; pero no se aprecia en estos materiales información sobre la enfermedad que se ajuste a las características de este público, se limitan a la enunciación de la importancia de su participación, sin que existiese una explicación hacia este grupo de riesgo.

Inicialmente, se aprecia un énfasis en el grupo de mujeres adultas, como público fundamental al que está destinado el mensaje. Se proyecta a la mujer como responsable de la protección, además del hombre. En estos materiales es ella quien porta el condón, lo cual sugiere que esta debe participar en la negociación del mismo, pero no se dan argumentos acerca del por qué de la importancia de la utilización del preservativo en las relaciones sexuales. Los mensajes ofrecidos carecen de información sobre la enfermedad y la importancia del papel de la mujer en la protección, además de no contar con una segmentación por edades, preferencias sexuales, color de la piel, limitaciones físicas o intelectuales, u origen social.

Este es un tema recurrente en los primeros años, en que la mujer cobra un relativo protagonismo como público meta, situación que cambia en años posteriores, pues se pone de manifiesto un mayor interés por el público masculino y una relativa disminución de las producciones para mujeres. Si bien desde los comienzos una buena parte de la producción estaba dedicada a hombres, es en la segunda mitad del período que aumenta el número de producciones dirigidas a ellos sobre el resto de los públicos. Es decir, en la primera mitad de la década los realizadores y centros productores pusieron en su centro de atención tanto a mujeres como a hombres y, luego, en la segunda mitad, aumentan los audiovisuales para hombres sobre los dedicados a mujeres.

El principio de la visibilización de la diferencia intra e intergenérica es condición necesaria para lograr una mejor aprehensión del discurso preventivo, por cuanto los receptores encuentran un mensaje que se ajusta a sus intereses y códigos. El criterio de género ayuda, precisamente, a comprender a las personas en esta diversidad, pues permite la dilucidación del componente cultural de los relacionamientos entre los géneros y entre personas de un mismo sexo. *“Los factores culturales de género explican de manera importante muchas de las enfermedades, en algunas pueden ser causas directas y en otras causas indirectas de la distinción de las enfermedades entre hombres y mujeres. La transversalización de género es importante para conocer en qué medida los factores culturales explican el estado de la salud de hombres y mujeres”* (Ver Anexo 3). El audiovisual de promoción de salud debe ser reflejo de estos aspectos socialmente elaborados para contribuir a la erradicación de *“(…) los estereotipos que definen los estilos de vida de las personas, sus comportamientos, sus conductas reproductivas, sexuales, su manera de ver la salud y de comprender la enfermedad, de la visión que tienen sobre los servicios de salud en muy diversos aspectos, para ayudar a conformar una cultura de la salud con equidad”*. (Ver Anexo 3)

También el origen social de las personas influye de manera importante sobre las pautas de salud que puedan asumir mujeres y hombres, y la utilización que hagan de los servicios de salud que estén a su disposición. Los actores femeninos y masculinos que participaron en los videos encarnaron -al menos los que están contextualizados- personajes de una posición económicamente favorecida, esto se hace evidente por las ropas que portan y los ambientes en los cuales se encuentran. El sector social más señalado -en los audiovisuales en los que se pudo definir- fue el de personas profesionales, ciudadinas, económicamente favorecidas y blancas. Fuera de este contexto,

fue exigua la representación de otros sectores sociales, lo cual crea una barrera entre el emisor y el receptor hacia los públicos que están fuera de estas características. Los adultos hombres presentados figuraron, por lo general, personajes de profesionales; las mujeres, entretanto, son las únicas a las que se les identifica como amas de casa. Los hombres, por el contrario, no se muestran desempeñando este tipo de actividades. Pudiese decirse que existe una dicotomización de las actividades laborales entre mujeres y hombres, pues son excepcionales los casos en los que no sucede.

Esta presentación maniquea de lo masculino y, fundamentalmente, de lo femenino que hicieron los videos atenta contra la efectividad del mensaje, puesto que las personas no son hombres y mujeres únicamente, sino que están integrados a diferentes grupos humanos en los que se desempeñan de acuerdo a sus características e intereses. En consecuencia, no tomar esta realidad y plasmarla en el audiovisual desecha la posibilidad de abarcar los distintos grupos que puedan existir e incidir sobre ellos. *“La situación de género varía en dependencia también del contexto territorial, del contexto grupal, de clase, de profesión, del contexto racial que viven los diferentes grupos humanos; y, por lo tanto, es importante en la promoción de salud tener en cuenta la diversidad intragenérica. Porque las relaciones hombre-mujer también son distintas en dependencia si se producen en el mundo rural o en el mundo urbano”*. (Ver Anexo 3)

Los audiovisuales fueron recreados con mayor frecuencia en espacios urbanos públicos como parques ciudadanos y calles. Un cúmulo significativo de estos careció de un espacio de presentación definido. Los que se realizaron en ambientes rurales solo utilizaron el campo como escenario, no representaron un ambiente rural donde los actores encarnaran cualidades de las personas que habitan estas regiones; por tanto, se puede decir que los promocionales de prevención de VIH/SIDA no tuvieron en consideración a la población rural, sus códigos y costumbres; este público fue sencillamente descartado de la producción de audiovisuales de transmisión en canales de alcance nacional.

El tratamiento diferenciado, según los distintos rangos de edades, es otro aspecto medular para la eficacia de los mensajes. En toda la década, el grupo etario más representado fue el de 20-29 años, seguido por el de 30-39 años y luego el de 15-19 años. El rango menos representado fue el de mayores de 40 años, únicamente un *spot* de todo el período, el que tiene como portavoz a la cantante Lourdes Torres, contó con un

actor de la tercera edad, pero solo como vocero y no desde su posición de adulto mayor. No aborda de ninguna manera la problemática del VIH/SIDA en estas edades, ni tampoco lo hace desde su posición de mujer, sino que lo dirige al público general. En este audiovisual la persona escogida aparece en su condición de personalidad de la cultura nacional. No es aprovechado el hecho de que esta mujer representa a un importante sector de mujeres de la mediana y tercera edad fundamentalmente, por cuanto ha gozado de gran popularidad entre personas de estas y otras edades también. Las propias características de su personalidad (mayoritariamente conocidas por el público) acentúan su liderazgo en este ámbito: se identifica por su fuerza, su carácter imponente, su independencia, su éxito profesional y voluntad.

O sea, ninguno de los mensajes fue dirigido al público de la tercera edad femenino o masculino, se descartó por completo el hecho de que las personas de estas edades mantienen prácticas sexuales que los exponen a la enfermedad. No se tomó en cuenta, además, que este grupo es el mayor portador de estereotipos y mitos elaborados alrededor de temas de diversidad sexual, uso de protección, y posee mayor desinformación respecto a las ITS-VIH/SIDA. A esto se suma la problemática de que en el contexto cubano las personas de la tercera edad, por lo general, conviven con varias generaciones de la familia en el mismo hogar. Los audiovisuales están totalmente desprovistos de aspectos que potencien el conocimiento con información sobre la enfermedad que se ajuste a las características del grupo.

A pesar de que las personas de la tercera edad están expuestas a la infección y se enfrentan a otras problemáticas de índole sexual que menoscaban su salud, no aparecen en estos materiales. *“No aparece una mujer de 50 años que, generalmente, su esposo le lleva el VIH a la cama, teniendo en cuenta que la mujer es biológicamente más vulnerable y socialmente también (...)”* (Ver Anexo 1), ni los hombres que entran en crisis porque se sienten viejos y tratan de tener relaciones sexuales con mujeres más jóvenes, aun estando casados. Las problemáticas de la tercera edad al respecto son silenciadas, a pesar de que es necesario que la información posea un enfoque particularizado para este público, pues *“(...) esa es la generación que vivió en contextos culturales de rechazo a estas nuevas culturas emergentes, y más en un país como el nuestro, donde estas personas conviven con la familia cubana, y esas tradiciones, esos estereotipos, los arrastran y se los están imponiendo a las generaciones con las cuales*

conviven en la casa, que es la generación sándwich o intermedia y la nueva generación”. (Ver Anexo 2)

En la mayor parte de los *spots* se recurre a actores jóvenes, blancos y bien parecidos, no así a personas de otras edades. En la última etapa del período, con la serie de audiovisuales *Mitos y Realidades sobre el VIH/SIDA*, pertenecientes a la campaña **PROTÉGETE SIEMPRE ¡TU PUEDES!**, se pone en boga la utilización de portavoces reconocibles en los audiovisuales, aunque este fue un recurso que se empleó desde los inicios. En estos se denota una mayor presencia de actores de piel negra y un cierto equilibrio entre portavoces mujeres y hombres. Los mensajes dirigidos a los hombres estuvieron invariablemente transmitidos por hombres, aunque en la serie no se logra representar del todo a la población masculina, sus características físicas y psicosociales se correspondieron con el sector poblacional al que estaban dirigidos. Es el caso, por ejemplo, del *spot* de René de la Cruz. Este actor es de mediana edad, posee características físicas muy comunes con hombres de su rango de edades, que, unido a su popularidad como artista, le convierte en referencia para un grupo importante de hombres. Esto permite una fácil identificación del receptor con el portavoz.

Todos estos “hombres campaña” estuvieron vestidos como habitualmente lo hacen, contribuyendo a que el receptor se identifique con la imagen que normalmente estos proyectan, lo cual elimina barreras en la comunicación. El éxito de cada uno de los portavoces en el ámbito en el que se desempeñan infunde autoridad y facilita que el receptor le otorgue prestigio, y determinadas cualidades personales deseables por la mayoría de los públicos. Los materiales que con mayor frecuencia emplearon este recurso fueron los destinados a los jóvenes.

Para ellos emplearon portavoces de gran popularidad entre los públicos de estas edades, lo cual le insufla credibilidad al mensaje y supone cierto liderazgo e influencia en este rango etario. Se recurrió también al animado como modo de presentación buscando mayor frescura y atractivo visual. Es importante señalar que se produjo una evolución en el enfoque que se dio al audiovisual en este período. Primeramente, estaban basados en un llamado a la abstinencia sexual, no contaban con mucha información sobre la enfermedad y la práctica de una sexualidad responsable, en oportunidades se solapaba el tema de las ITS-VIH/SIDA. En años posteriores se denota un viraje en estos aspectos, se comienza a trabajar más abiertamente el tema, con mayor nivel de información, no se

obvia el hecho de que los adolescentes también mantienen prácticas sexuales y se les convoca a protegerse.

Aunque en menor medida respecto al resto, algunos *spots* estuvieron direccionados hacia las familias donde alguno de sus miembros está infectado con el virus. Estos audiovisuales fueron producidos en los primeros años del período que nos ocupa, aunque algunos se transmiten aún por los canales de televisión de alcance nacional. Se caracterizan por el tratamiento lastimoso hacia las personas que portan el virus, que, más que apoyo y aceptación, producían rechazo por los receptores. Se buscó la aceptación de las personas infectadas, pero esto distó de la inclusión social, puesto que se hizo un llamado a la solidarización sobre la base de la compasión, se puso énfasis en su situación de enfermos y no en la necesidad de la integración de estas personas. Esto, pudiésemos decir, es en cierta medida otra forma de exclusión, ya que se les trata como “ellos, los enfermos”, zanjeando una brecha entre “los sanos” y “los enfermos”. Este tratamiento le confiere una identidad del “ser enfermos de SIDA”.

Dicho tópico se mantiene con regularidad hasta los materiales más recientes, aunque se descubre una progresión en el modo de abordarlo, exhibiéndose de forma más positiva y encausándose a la inclusión social. Se produjo un desvío de la atención hacia los sectores sociales que participan en la respuesta ampliada de la epidemia. Esto es evidencia de la perspectiva inclusiva que se ha venido produciendo alrededor de las personas seropositivas, se dejó de tomar la enfermedad como una cuestión particular para transformarla en un asunto de escala social, donde todas las personas deben participar en el enfrentamiento a las implicaciones sociales del virus, tanto como las físicas. Comenzó a tratarse al virus como otra enfermedad con la cual las personas pueden vivir sin que se convierta en un estigma social. A las personas portadoras de la enfermedad, primeramente, se les presentaba como una población referida, sobre la cual había que ejercer algún tipo de ayuda, luego, esto se transforma, pues comienza a dárseles voz y se erigen como población autorreferida.

Ejemplo de esta progresión es la apariencia personal con la cual se presentaron los actores que interpretaron personajes seropositivos. En materiales de la primera etapa de la década se puso énfasis en su condición de enfermos, su vestimenta y los ambientes creados producen la sensación de convalecencia, de aislamiento, de encierro. Ya en la etapa final del período los *spots* recrean a estos personajes integrados a la sociedad y

con buen semblante. Los personajes seropositivos, invariablemente, fueron jóvenes de piel blanca.

En los materiales más recientes del período, el público meta no queda del todo explícito, sino que se utilizaron mensajes más o menos ajustables a un público más general. Muchos de los *spots* de toda la década adolecen del enfoque particularizado necesario para lograr la identificación del receptor y, en consecuencia, una mejor aprehensión del mensaje por parte de estos. Es el caso de los que estuvieron destinados a un público general, amorfo, que por lo general pasan desapercibidos para el receptor, pues en su conformación no se valoraron códigos que el público pudiese desentrañar de la mejor manera. Por tanto, se pierde el objetivo de la comunicación, puesto que el receptor no es capaz de establecer un diálogo con el mensaje al no verse reflejado en él. Cuando hay una ruptura de los esquemas de pensamiento de los públicos, el mensaje es inmediatamente rechazado, por el contrario, cuando se adecúa a las características educativas de las personas, tiene una buena recepción.

3.3 Roles y estereotipos de género que transmiten los mensajes comunicativos. Su influencia en las pautas de salud.

Los estereotipos cumplen, dentro de los productos comunicativos, una función indispensable para que el receptor decodifique el mensaje de manera rápida y efectiva. Su empleo brinda la posibilidad, igualmente, de que el receptor pueda sentirse familiarizado con la situación que se muestra, pues esta es una idea preconcebida de determinados aspectos de la realidad, cuya característica fundamental es su resistencia al cambio, su rigidez. Esta particularidad impone una condición sumamente desfavorable cuando, en la conformación del producto audiovisual, se emplean indiscriminadamente.

Uno de los requisitos necesarios para que los mensajes cumplan su función de hacer llegar la información a los públicos, es que debe estar en vínculo estrecho con el entorno cultural, socioeconómico y político que le circunda, o sea, con el contexto en el cual se realiza el producto comunicativo. Esta relación con su correlato proporciona la posibilidad de llegar a los distintos públicos operando con los mismos códigos que estos poseen. De lo contrario, en los casos en los que las producciones desestiman los intereses y realidades de los receptores, la producción comunicativa queda detrás, “(...) *se hacen descreíbles los medios de comunicación, por tanto, ellos tienen*

constantemente que retroalimentar sus discursos, sus lenguajes tecnológicos y textuales en función de cómo se está moviendo la sociedad. Y cuando no lo hacen se convierten en retardadores, en entes descreídos por la sociedad y esta lo que hace es rechazarlos” (Ver Anexo 2). No solo los rechazan, sino que, además, buscan otras formas de comunicación alternativas que reflejen esa realidad evadida.

En consecuencia, los estereotipos deben ser aprovechados a partir de las facilidades que ofrecen para la información, pero de forma adecuada, bien para utilizarlos como herramienta comunicacional o para desmontar determinadas conductas perniciosas que de ellos emanan, como las que se originan partir de los estereotipos de género. Comúnmente, estos se emplean en la conformación de mensajes que tienen como objetivo, precisamente, incitar un cambio de estas conductas, por ejemplo, aquellos que promueven las prácticas saludables. *“Sin embargo, sobre todo en una comunicación que se piense otra, en una comunicación que también quiera contribuir desde el mensaje de salud a reconfigurar la sociedad, debe evitar los estereotipos de género, sobre todo cuando esos estereotipos lo que están es reafirmando o confirmando los roles tradicionales de lo masculino y lo femenino”*. (Ver Anexo 1)

Los procesos de salud están inevitablemente conectados con las imágenes que contienen los promocionales de salud, pues estas influyen en la comprensión que las personas tienen sobre sus cuerpos, son conformadores, junto a otras instituciones, de los estilos de vida que estas asumen. Las imágenes estereotipadas están dadas por el contexto en el que se produce el material, por las construcciones sociales de lo femenino y lo masculino, pero una parte importante de estas están sujetas a las propias concepciones de los realizadores de los mensajes; estos están permeados de dichas representaciones y dejan su impronta personal en la conformación del producto comunicativo.

La identificación de estas construcciones sociales son, por tanto, un aspecto fundamental en el análisis del comportamiento de las pautas de salud que los materiales audiovisuales recrean y proponen. En ellos se condensan y transmiten las nociones que tiene la sociedad sobre los patrones para el cuidado de la salud, según variables sociales como el sexo y el género. Estos fueron aspectos substanciales en el análisis de los videos de promoción y educación para la salud realizados para la televisión en el período 2000-2010.

Los estereotipos y roles tradicionales de género se cristalizan en estas imágenes que conforman los audiovisuales. Estas son portadoras de un cúmulo de significaciones, de ideas que son expresadas a través del lenguaje, este es el lenguaje sexista. Pero no visto desde la visión estrictamente lingüística, puesto que *“(…) este no se refiere solo a la lengua, aunque es vital. El problema no es solo decir “ellas y ellos”, el problema está en entender que el sexismo también se refiere a cuando utilizamos tanto el cuerpo de los hombres como el cuerpo de las mujeres solo como un objeto sexual, solo como un reclamo. Si bien hay que transformar el lenguaje y que, siempre que sea posible, no utilizar hombre y utilizar humanidad, o no utilizar hombre y utilizar seres humanos, eso es muy importante, pero a la vez entender que la imagen es también un discurso y que, por tanto, la imagen puede tener una carga de sexismo”*. (Ver Anexo 1)

Los materiales a los cuales se les aplicó el análisis de contenido fueron portadores de una cantidad significativa de estereotipos y roles de género que quebrantan el desarrollo pleno de mujeres y hombres, además de menoscabar la salud sexual y reproductiva de ambos. Los audiovisuales de inicios de la década reprodujeron con mayor frecuencia estos roles y estereotipos, dado, fundamentalmente, por la asiduidad del recurso de presentación de escenas de la vida cotidiana de los primeros años. Posteriormente, comienzan a elaborarse otros *spots* direccionados a la educación sexual sobre la base de la información relacionada con la enfermedad, en consecuencia, se exploran otras formas de presentación, además de que para estas fechas se produjo un progreso en la concientización de la incidencia de los roles y estereotipos sexuales y de género sobre la vida de mujeres y hombres. Aunque se evidenció una disminución en la reproducción de estos, algunos continuaron con recurrencia hasta finales de la década.

Los estereotipos femeninos más frecuentes en todo el período fueron los que se relacionan a las características físicas de las mujeres y su posición frente a los hombres. Tanto en los audiovisuales en los que la mujer aparece como protagonista, incluso en aquellos en los que funge como la pareja de los hombres o bien como objeto de deseo, se presenta como símbolo de belleza y delicadeza. La gran mayoría de las mujeres, fundamentalmente las que aparecen en los videos dirigidos al público general y masculino, poseen un físico que se ajusta al canon de belleza femenina de nuestro país: mujer blanca, joven, de caderas anchas, caminar contoneado, sensual, sonriente, senos firmes, cabello largo y liso, rostro delicado. En varios videos, toda la indumentaria de estas mujeres se identifica con prendas tenidas como exponentes tradicionales del vestir

femenino. La mayor parte de ellas usa falda, tacones y cartera. Ninguna va ataviada con otro tipo de ropa, lo que hace presuponer que se trata de legitimar un tipo de apariencia, un paradigma de belleza, que se interpreta como exponente máximo y único de la feminidad, que además no concuerda con la riqueza y la variedad que hoy exhibe la mujer en el siglo XXI.

Los colores del vestuario, igualmente, se corresponden con aquellos que ancestralmente han sido interpretados como delicados y justamente femeninos: rosa, blanco, rojo. Lo cual provoca una asociación directa de la mujer con la delicadeza, la fragilidad; cualidades tenidas como únicamente femeninas y condición exclusiva e ineludible del *ser mujer*.

Las mujeres en algunos de estos mensajes portan en sus carteras, de forma visible, productos cosméticos, cepillos de pelo y otros utensilios para el cuidado de la apariencia; o se encuentran en espacios y realizando acciones para el embellecimiento propio. No se aprecia ningún objeto que pueda sugerir que alguna de estas mujeres pueda ser una estudiante, una trabajadora, una intelectual, una campesina, lo que contribuye a la consolidación del estereotipo de belleza femenina. Esto es notable, incluso, en los spots confeccionados para las mujeres propiamente, por tanto, esto favorece el afianzamiento en la mente de las mujeres de su “papel de ornamento” en la sociedad, y no un llamado al cultivo de otras cualidades como personas.

“Hay estereotipos de género muy fuertes en la publicidad y muy rígidos todavía, incluso, hasta en Cuba donde tanto se ha luchado a lo largo del tiempo por cambiar la imagen de la mujer. Uno no puede ver esas imágenes al margen de los procesos de salud, todo lo contrario, la comprensión que siempre tienen las personas sobre su cuerpo que ha sido tan importante en la construcción de los estilos de vida, en el impacto que tiene, por ejemplo, en la salud mental, en las actitudes y las conductas de las personas en general, han sido construcciones muy rígidas”. (Ver Anexo 3)

Se reproduce el paradigma de la feminidad, patrón ante el que se “deben” medir todas las mujeres y frente al que las mujeres son calificadas como más o menos femeninas, incluso por los propios hombres. En la sociedad patriarcal las mujeres están sujetas a rígidos cánones de belleza que presuponen su éxito como mujeres ante la mirada de los hombres. Este criterio estético desvaloriza otros modos de experimentar el *ser mujer*, otras identidades, otras cualidades biológicas igualmente válidas. En la experimentación

de este paradigma las mujeres sufren graves consecuencias para su salud física y mental; stress, cirugías, dietas, depresión, son algunas de las implicaciones que genera este modelo de “mujer perfecta”.

Otro estereotipo que es replicado en casi todo el período es el de la mujer como objeto sexual y foco del deseo masculino, a la vez que se afianza el estereotipo masculino de arrojo, osadía para con el trato hacia las mujeres, de irrespeto, pudiera decirse. En algunos de los *spots* se escenifican situaciones en las que los hombres se muestran soeces para con las mujeres, se vuelven a verles con indiscreción, las abordan, no les ven más allá de sus cualidades físicas. Este tipo de situaciones se presentan como cotidianas, lo cual no significa que a diario no sucedan eventos muy similares, pero, de la forma en que se proyectan, legitiman este tipo de comportamientos como algo natural y positivo. Esto se basa en la construcción cultural de la “galantería” de los cubanos, que presupone la codificación de la mujer como objeto de belleza que existe para ser admirada, disfrutada sin importar que generalmente no les agrada estar sujetas a este tipo de ambientes.

Este estereotipo de la mujer como objeto del deseo, unido a su posición inferior ante la supremacía masculina, el intercambio constante de parejas como confirmación de la masculinidad y el principio de invulnerabilidad de los hombres, hacen que ambos estén sujetos a situaciones de alto riesgo. La mujer, por lo general, está a merced de los requerimientos de los hombres y en consecuencia encuentra dificultades para la negociación del condón o la negación de sostener algún tipo de práctica sexual. Los audiovisuales que intentan desmontar este estereotipo estuvieron direccionados casi exclusivamente al público femenino. En ellos se muestra a las mujeres la importancia de que participen activamente en la negociación de la protección, se les hace un llamado a su empoderamiento en el marco de las relaciones sexuales y de pareja, se les convoca a asumir un rol activo.

A pesar de que el llamado sea a la concientización de la mujer, la propia representación de que es objeto conlleva una serie de obstáculos para que esta pueda ejercer sus derechos sexuales y al placer, pues lo debe hacer desde una posición de inferioridad, de fragilidad. *“Los estereotipos de “la vampi” o “la muchachita buena” hace que les cueste mucho trabajo negociar el condón o que cuando se piensa en inversiones desde el punto de vista tecnológico en salud se dice que el condón femenino es muy caro,*

etcétera, cuando eso empoderaría a la mujer; ya no solo decidir que sea él quien use el condón, sino poder decidir que sea la mujer la que lo haga”. (Ver Anexo 1)

Por el contrario, en los *spots* dirigidos al público masculino y general, se promociona a la mujer como diversión sexual, estas no tienen voz, solo aparecen como objetos del deseo masculino, no proponen el uso del condón y solo se limitan a acatar los requerimientos sexuales del hombre. Este tipo de desavenencias provoca una incoherencia entre los contenidos de los mensajes que se proponen, lo cual propicia la fijación de estos esquemas de comportamiento para cada sexo.

Este tipo de conductas se corresponde con el guión establecido para los hombres y mujeres del patriarcado, donde estos detentan el control de la sexualidad de las mujeres, mientras que a estas se les educa en la obediencia y la sumisión. *“La representación que ha existido de lo femenino ha tenido dos estereotipos dicotómicos: uno, es la mujer como representación del placer sexual y, otro, la mujer como objeto de reproducción. Esas han sido dos visiones estereotipadas que obedecen a una cultura de la dominación, donde tanto la mujer como el placer sexual, como la mujer objeto de reproducción, viven en situaciones de riesgo constante”.* (Ver Anexo 3)

La concepción dual de la figura de la mujer entraña graves consecuencias, no solo para la salud sexual y reproductiva de estas, sino para su propia existencia. Esta creencia provoca que muchas mujeres sean violentadas por los hombres para tener relaciones sexuales, lo cual las impacta psíquicamente y las expone a contraer una enfermedad de transmisión sexual, pues casi siempre este tipo de acciones forzadas son realizadas de forma desprotegida.

La reproducción de estos estereotipos está en plena coherencia con las relaciones de poder intra e intergenéricas que tienen lugar en estos mensajes. En los casos, por ejemplo, en los que se presentan núcleos familiares, se hace evidente la estructura tradicional de la familia. Es la mujer quien se encarga de las labores del hogar, mientras el hombre se dedica a la continuación de su trabajo en casa o bien a descansar, en tanto ella dobla su jornada como ama de casa.

La estructura de familia tradicional es contenedora de un conjunto de estereotipos y roles de género que tienen lugar en este contexto. Es el caso del estereotipo de que la mujer es la más apta para las labores domésticas, es ella quien más destreza tiene en este

tipo de actividades, coincidente con el rol reproductivo que les es socialmente asignado, que está relacionado con la reproducción biológica y las actividades necesarias para garantizar el bienestar y la sobrevivencia de la familia. A los hombres, sin embargo, se les presentó cumpliendo los roles que tradicionalmente le son conferidos, desempeñando las actividades que generan mayores ingresos económicos -en contraste con las tareas del hogar que lleva la mujer-, se les ve en su función de padre de familia, proveedores económicos y sostén material del núcleo familiar. Solo en uno de los materiales se exhibe una familia donde los roles instrumental y expresivo están inversos.

Pero, este esquema no solo es expuesto, sino que en audiovisuales como el titulado *Propio del amor*, preparado para el público femenino, se representa el rol de esposa como modo de realización personal. El hecho de que el recurso empleado en un material dirigido al público femenino sea la apelación al matrimonio, se asocia al criterio de que se está afianzando la asunción del rol por parte de las mujeres. Este rol está acompañado por la creencia de que la mujer presta mayor interés hacia las relaciones matrimoniales que los hombres, que las mujeres ven el casamiento como una meta deseable y primordial en sus vidas, que prefieren la estabilidad sexual. Si bien esta es una idea configurada tradicionalmente en la sociedad y una creencia mayoritaria en la población, el audiovisual la reafirma, por encima de otras, como la única y más importante esfera de realización personal de la mujer.

Los roles sexuales y de género no se revelan exclusivamente en el espacio de la familia y la relación de pareja. La vida de las personas y sus roles son múltiples y transversales a todos sus espacios de interacción. Es así que la sexualidad no se remite solo a la práctica sexual, sino que es un proceso más amplio, pues las personas tienen vidas reproductivas limitadas y la expresan en los modos en que se relacionan, se conducen e interactúan con las estructuras de la sociedad; de manera que los roles femeninos y masculinos son trasladados a otros espacios fuera del ámbito del hogar, y son reproducidos en estos otros contextos. Las personas no se despojan de todos estos esquemas de relaciones en el trabajo, la escuela, las áreas de recreación, sino que se insertan según las definiciones de roles en cada una de esas estructuras. Es así que “(...) a veces se observan cambios mucho más profundos en los espacios públicos, mientras que la familia parece más estática. Pero, es cierto también que, dado que aceptamos que existe una interrelación entre el mundo público y privado, si no cambiamos

radicalmente las coordenadas de los roles del mundo privado y de la familia, difícilmente pueda seguir cambiando el mundo de lo público. Y podemos estar viviendo en un futuro procesos de retroceso en los espacios públicos con relación al término de la distribución de roles y de la equidad de género”. (Ver Anexo 3)

Es recurrente, en varios de los materiales realizados en el período, la pauta de relaciones de poder donde las mujeres ocupan la posición de subordinación. Se pone de manifiesto la construcción cultural del dominio de los hombres sobre las mujeres. Esto se hace evidente en la escenas como la del audiovisual *Vive para contarlo*, donde el grupo de hombres aborda a la muchacha que lo protagoniza. Esta actitud masculina se presenta como positiva, y la pasividad, la permisividad de las mujeres en este tipo de situaciones, como normal y legítima. No solo este ejemplo denota la sumisión de la mujer, prácticamente en todos los mensajes donde aparece alguna mujer se le ve como un ser frágil, delicado, vulnerable, al cual los hombres manipulan y acechan. En otros materiales como el de *Sexualidad responsable*, donde los protagonistas son una muchacha y un muchacho, el joven trata de violentarla sexualmente, lo cual plantea una supuesta superioridad, un control del hombre sobre la sexualidad femenina.

La mayor parte de los videos se basa en el estereotipo de la mujer débil y el hombre fuerte, la mujer pasiva y el hombre activo, la mujer objeto del deseo y el hombre acucioso. Bajo esta concepción, las mujeres están sujetas a situaciones donde son acosadas sexualmente por los hombres, este puede tener lugar en cualquiera de los ámbitos en los cuales se sostenga algún tipo de relación. *“Igualmente puede padecerla un hombre, pero tradicionalmente el peso de ese impacto de acoso sexual lo han vivido las mujeres; ese acoso sexual está diseñado en términos de una cultura patriarcal, de la mujer como objeto sexual, donde solo se piensa en la mujer por sus características sexuales, no por su inteligencia; y se trata de forzar a la mujer para tener una relación sexual, lo cual es una manifestación de la violencia”.* (Ver Anexo 3)

El arquetipo de la mujer resignada, abnegada, permisiva, pasiva, receptiva, débil, sumisa, que presta poca atención a su cualidad erótico-placentera, es remedado en algunos de los audiovisuales. Empero, no solo esto es presentado desde la perspectiva de la mujer, a los hombres se les muestra indiferentes a la satisfacción sexual femenina, esto es visible en el audiovisual de LineAyuda donde la escena inicial era una situación donde una pareja tenía relaciones sexuales, la mujer tiene una expresión facial que

manifiesta ningún deseo o placer en el acto sexual que practica, se le ve obligada, a lo cual el hombre se muestra indiferente.

El personaje del hombre es portador del estereotipo masculino de la indiferencia hacia el cuidado de la salud, la invulnerabilidad, la conducta sexual imprudente y la indiferencia hacia la sexualidad femenina. En la escena de sexo es el hombre quien está encima de la mujer, él glacial, ella resignada. Esto fomenta la legitimación de la superioridad masculina y el control de la sexualidad femenina por parte de los hombres, pues no se percibe condena a este tipo de actitudes. Estas imágenes subvaloran a la mujer, ponderan al hombre como superior en el marco de las relaciones de pareja y a la mujer como subordinada a los placeres masculinos.

En determinados audiovisuales se denotan escenas y acciones que indican posesión y control sobre las mujeres y su sexualidad. Es el caso del *spot Discoteca diversidad*, realizado por los Estudios Anima de la provincia de Holguín. El joven protagonista convida a dos muchachas a tener sexo sin ningún obstáculo o reticencias por parte de las mujeres. Él las toma por la cintura y las conduce. Esta acción revela posesión y dominio sobre sus cuerpos, sobre sus sexos, y da al hombre una posición de poder frente a ellas.

En los videos de prevención de ITS-VIH/SIDA de este período que fueron examinados, son varios también los estereotipos y roles masculinos que se reproducen y se desmontan. Uno de los más patentes y de mayor frecuencia es la concepción de los hombres como promiscuos y sexualmente inestables. Los videos contienen situaciones en las cuales los hombres cambian con frecuencia de parejas. Algunos de estos están convocados al desmontaje de este modelo de masculinidad, pero un grupo importante lo muestra como algo normal y natural a la condición del *ser hombre*. En casi todos se significa al cambio continuo de parejas y el papel dominante del hombre como exponentes de la hombría. En buena parte de los materiales del período es reproducido el estereotipo masculino del “conquistador”, de promiscuidad, de imprudencia y negligencia con la salud sexual, pues en las escenas es evidente que estos no portan protección alguna y siempre se les requiere por ello.

Uno de los videos que se puede tomar como ejemplo de tal circunstancia es el del Proyecto Puertas Abiertas de la provincia de Holguín. En este *spot* se presenta al hombre como promiscuo, lujurioso, sexualmente inestable, activo, osado, imprudente en el cuidado de su salud y la de los demás. El joven protagonista del video patina por el

parque a la vez que está observando varias muchachas que ahí se encuentran, se imagina en varios momentos que sostiene relaciones con cada una de ellas. Esto es una simbolización de las prácticas sexuales con diferentes parejas, que son mostradas como inseguras y nocivas a la salud, aunque como cotidianas, normales y legítimas. La muchacha que es su pareja se queda sentada en un banco del parque esperándole, lo cual indica que es el hombre quien detenta el poder de salir, de la libertad, del rol activo, del control de la relación de pareja. Mientras, la mujer queda esperándole sentada, indiferente, ajena a lo que sucede. A pesar de que el audiovisual se desarrolla en un espacio público, el hecho de que el hombre sea quien patine y ande libremente, señala que este es el espacio que le corresponde por “naturaleza”. La mujer permanece sentada esperándole, lo cual indica que este ámbito no le pertenece y debe, por ende, estar esperándole. A la mujer en la sociedad patriarcal le es impuesto el espacio privado como el medio en el cual debe desempeñarse, mientras que el espacio público es privativo de los hombres.

Los actores no-personales que fueron utilizados en la conformación de los *spots* generalmente se hicieron corresponder con determinados estereotipos tenidos sobre uno u otro género. Los casos en los que se empleó algún actor no-personal los materiales estaban dedicados fundamentalmente a la población masculina. Todos estaban representados por objetos que por su estructura estaban relacionados a formas fálicas. Uno de los estereotipos a los cuales estuvieron asociados y que mayor incidencia tiene sobre la salud sexual de los hombres es el de la infalibilidad del pene como órgano sexual. Esta creencia, unida al principio de invulnerabilidad y promiscuidad como muestras de masculinidad, hace que los hombres se expongan a situaciones de riesgo de contraer cualquier enfermedad de transmisión sexual. Pero no solo el riesgo de contraer una ITS o el VIH/SIDA, la frustración y la ansiedad que genera no cumplir con determinados cánones tenidos sobre las cualidades que “debe” tener un pene, impactan sobre la salud psíquica y física de los hombres.

En algunos de los mensajes analizados se detectó una similitud intencionada entre el pene y determinados objetos con forma fálica, como torres importantes del mundo y un bate de béisbol. En el caso de las torres se trata de íconos de cada una de las ciudades a las cuales pertenecen, son construcciones de referencia a nivel mundial, caracterizadas por su permanencia en el tiempo, su importancia histórica, cultural, su fuerza estructural, su carácter imponente, magnificente, grandioso; han sido estos lugares

símbolos de poder y riqueza. En el audiovisual que hace una alusión metafórica entre el pene y el bate de béisbol, se busca una similitud entre estos, incluso, al bate se le coloca un preservativo. Las propias características físicas de este objeto, la fuerza, la contundencia, la firmeza, coinciden con algunas de las cualidades que son conferidas al pene humano. Al asemejar al órgano sexual masculino con estos objetos se intenta trasladarle las mencionadas características. En la sociedad patriarcal, estas cualidades son altamente aceptadas por la población masculina al hacer referencia a su pene. Inclusive, este es uno de los vocablos con los que se denomina al órgano sexual masculino en nuestro país: *el bate*. Muchas son las maneras de nombrar popularmente al pene, pero invariablemente están asociadas a objetos que le otorgan transitivamente como las antes mencionadas.

En la sociedad moderna el órgano sexual masculino es objeto de culto y se tiende a hiperbolizar sus características como síntomas de virilidad y de poder, no solo en el marco de las relaciones sexuales, que como sabemos constituye un espacio por excelencia donde ejercer el dominio masculino; también el pene otorga una identidad a nivel social. La eficacia sexual de un hombre está dada sobre la base de sus cualidades penianas. El tamaño del pene otorga prestigio social y se toma como garantía del éxito sexual. Un pene de mayores dimensiones hará del portador un sujeto distinguido sobre sus semejantes. Este es el sobredimensionamiento del pene como órgano sexual, que va aparejado a la creencia de que la penetración es la práctica por excelencia de las relaciones sexuales y cuya culminación está dada por el orgasmo masculino.

Esta clase de estereotipos y mitos elaborados en casi todas las culturas, son principio organizador de las vidas de los hombres, generando incertidumbres, frustraciones y conductas que contravienen su pleno desarrollo como individuos, que convocan a la asunción de prácticas de riesgo sobre sus cuerpos en el afán de conseguir el canon de un pene de dimensiones cada vez mayores.

Es importante señalar que estos *spots* que tomaron objetos en referencia al pene tuvieron como público meta al segmento poblacional masculino. En el ejemplo del video *Una buena conexión con tu bate*, se manejaron en el cuerpo de todo el audiovisual expresiones codificadas en términos que estaban referidos exclusivamente a los hombres. El béisbol, como muchos otros deportes, se identifica socialmente como un espacio eminentemente masculino, y en este caso fue esgrimido como un elemento

aglutinador de su público meta; lo que lleva a suponer, erróneamente, que a todos los hombres debe interesarles el béisbol, o que a una mujer le es ajena la práctica o la afición por este deporte.

En nuestra sociedad a los hombres que no prestan atención a deportes como el béisbol, los deportes de lucha o el fútbol, se les tildaba de homosexuales o “tipos flojos”. El ámbito deportivo es un espacio para la confirmación de la fuerza, el arrojo que se presume tengan los hombres heterosexuales, no así las mujeres y los hombres con otro tipo de orientación sexual. El ser calificado o ser homosexual en nuestro contexto es tenido como una ofensa mayúscula, dado que la masculinidad hegemónica desacredita, desvaloriza y excluye cualquier tipo de práctica sexual que rebase los marcos de la heterosexualidad.

En dicho período los videos fueron eco de este tipo de prejuicios hacia la homosexualidad masculina y las personas homosexuales. A inicios de la década, este era un tema que prácticamente no se abordaba, a pesar de que un porcentaje importante de las personas infectadas eran hombres que habían mantenido relaciones sexuales con otros hombres. Los escasos materiales que trataron el tema lo muestran de una manera muy temerosa, como en el caso del audiovisual *Protégelo*. En este, a pesar de que se aborda el tema de la diversidad sexual, las imágenes presentadas pueden generar ambigüedad en el discurso. Por una parte, la toma permanece desenfocada en todo momento y, de otra, la música genera un clima sombrío a la acción que ocurre. La conjunción de estos dos elementos hace que se perciba un velo de reserva en el tratamiento del tópico. Se denota prejuicio para presentar sin tapujos, no una escena de sexo, sino una simple muestra de amor y cariño. El tratamiento de la homosexualidad masculina se enfrenta a una doble problemática, por una parte, al tema de la homosexualidad *per se* y, por otro, a la barrera socialmente construida en torno a la masculinidad que presupone la impenetrabilidad emocional, la muestra de dureza ante toda situación, la negación del afecto y las muestras de cariño, el amor como debilidad. Entonces pudiera decirse que el audiovisual tantea el tema, pero lo hace con notables reservas, se presenta como algo extraño, oscuro, raro, clandestino.

Con el transcurrir de la década se incentiva el llamado al respeto a la libre orientación sexual y todo tipo de práctica sexual, esto tiene escenario especialmente en la serie de audiovisuales *Mitos y realidades sobre el VIH/SIDA*. Aquí se presenta como algo

natural y legítimo, lo cual intenta desmitificar el estereotipo de la heterosexualidad como únicos exponentes de la masculinidad y la feminidad; se invita a disfrutar de una sexualidad plena y diversa.

En este grupo de audiovisuales se destaca el mensaje del actor René de la Cruz, con el cual se quiere desmontar el estereotipo de la infalibilidad del pene como órgano sexual. Este video está dirigido al público masculino, fundamentalmente a aquellos de edad media donde más frecuentemente se presentan problemas de disfunción eréctil, que es una preocupación mayoritaria en los hombres de estas edades. La masculinidad supone una atención especial a la efectividad del pene en las relaciones sexuales, en gran medida su buen funcionamiento constituye el éxito sexual de un hombre y la garantía de una práctica sexual satisfactoria. Además, los hombres estadísticamente son los mayores consumidores de alcohol, puesto que, como parte de su construcción social de género, el abuso en el consumo del alcohol es condición de la hombría y la fuerza. Desde edades muy tempranas de la juventud a los hombres se les educa bajo el patrón machista de que deben beber para mostrar que “son hombres”, no es de extrañar entonces que el mensaje haya estado centrado en esta temática. De tal modo, en el video se intenta desmontar este estereotipo masculino, se presentan para esto las problemáticas que ello conlleva, fundamentalmente en torno a los problemas eréctiles, asunto que, como ya se mencionó, es prioritario en la construcción de la masculinidad.

Otro de los estereotipos vinculados a la construcción de la masculinidad y que contiene graves consecuencias para la salud de los hombres, es el inicio de las relaciones sexuales a temprana edad. El video en el que participan el músico David Blanco y la actriz Katia Caso, tiene como objetivo prioritario derribar este estereotipo masculino, se desmonta, asimismo, el de promiscuidad y cambio constante de pareja como muestras del “éxito” masculino, como prueba de la hombría. Los portavoces alegan: *“Es un error pensar que si no has tenido relaciones sexuales eres menos hombre. La masculinidad no se mide por la cantidad de relaciones sexuales que tengas. Tú decides cuándo y con quién inicias tu vida sexual. Para cuando lo decidas, protégete”*.

En la sociedad patriarcal los hombres deben iniciar su vida sexual en edades tempranas, esta es una tradición heredada, cuando los varones adolescentes eran llevados a lugares donde se ejercía la prostitución para que tuvieran relaciones sexuales con una mujer que se encargaría de iniciarle en el sexo; entonces “comenzaban a ser hombres”. Este rito

marca socialmente el paso de la niñez a la adultez de los hombres. El cumplimiento de este estereotipo es perjudicial, por cuanto los jóvenes acuden al acto sexual sin la madurez psíquica, ni física, requeridas para la práctica del sexo seguro.

La serie de videos *Mitos y Realidades sobre el VIH/SIDA* estuvo orientada, fundamentalmente, a la deconstrucción de estereotipos y mitos elaborados sobre la enfermedad. En ella se descalifican los criterios que se tienen respecto al color de la piel, edad, sexo y preferencia sexual frente al virus. Se presentan a todas las personas que mantengan prácticas sexuales desprotegidas como sensibles a ser infectadas, lo que contribuye al desmontaje de la creencia de que los homosexuales son los únicos expuestos al virus, así como el principio de invulnerabilidad masculina. Esta serie es fruto de la experiencia acumulada en varios años de mensajes para la prevención del VIH/SIDA, donde se corroboran muchos de los avances que se han producido en el tratamiento audiovisual de la epidemia.

Conclusiones

Las políticas de salud cubanas están compuestas por varios programas para el trabajo de promoción de salud, dentro de los cuales se perfilan las estrategias a seguir para la promoción y educación para la salud, y prevención de enfermedades. Dichas estrategias se concretan en campañas periódicas o aisladas de carácter nacional, regional y local, que se articulan entre sí; a su vez, cada una está compuesta por diferentes acciones para la consecución de los objetivos que se plantea, donde los medios de difusión masiva son uno de los componentes más significativos con que cuentan, en especial el audiovisual para la televisión, por las muchas bondades que proporciona, por su alcance, atractivo e influencia para y sobre los públicos.

El enfoque de género de las campañas, desde cada uno de los soportes que utiliza, constituye un aspecto fundamental para lograr la máxima efectividad posible en la labor de promover salud, por cuanto, proporciona una mirada reveladora de las inequidades a las que están sujetas las personas ante los servicios de salud y las enfermedades en particular, según el sexo al que pertenecen; permite comprender el componente cultural de los relacionamientos entre los géneros y entre personas de un mismo sexo. Este principio de la visibilización de la diferencia intra e intergenérica es condición necesaria para lograr una mejor aprehensión del discurso preventivo, por cuanto los receptores encuentran un mensaje que se ajusta a sus intereses y códigos. En el caso de las ITS-VIH/SIDA, este tipo de perspectiva no es solo pertinente, sino además necesaria, teniendo en cuenta que se trata de enfermedades de índole sexual, espacio en el que se expresan con mayor fuerza las iniquidades de género.

A partir de este enfoque, en los mensajes de prevención de VIH/SIDA analizados en la presente investigación, se hace visible, a lo largo del período 2000-2010, una evolución del tratamiento de los objetivos de promoción y educación para la salud, el tratamiento de las diversas temáticas y del propio uso del audiovisual como soporte. De modo que pueden definirse dos etapas en las que se produjeron *spots* con características más o menos uniformes.

Es así que, en la primera fase, los mensajes estaban dados por la espontaneidad, sin que existiera una estrategia definida para la promoción en los audiovisuales, lo que se tradujo en una relativa incoherencia entre los mismos. Como tendencia, los mensajes estaban elaborados con un contenido mayormente de tipo preventivo, se buscaba la

promoción del uso del condón en las prácticas sexuales y la abstinencia sexual, como principales maneras de prevenir la epidemia, sin que se denotara una presencia del componente educativo y de información sobre la enfermedad. El tratamiento de la enfermedad se definió mayormente por la intención directa o indirecta de provocar alarma en el público. La sensibilización con los portadores de la enfermedad fue otra de las temáticas de mayor recurrencia, haciendo significativa la visión social de la enfermedad por encima del aspecto clínico, pero se evidenció un tratamiento compasivo hacia los seropositivos, lo que contribuye a afianzar la brecha entre enfermos y sanos. El tema de la libre orientación sexual, si bien fue recurrente en los *spots*, su abordaje fue muy velado.

Hacia la segunda mitad del período estudiado se advierte una evolución en cada una de las aristas de las campañas, marcando una superación en el tratamiento de los objetivos de la promoción y educación en los materiales precedentes. El principal detonante de esta transformación en la etapa fue la conformación de la *Estrategia de Comunicación Social para la Prevención del VIH/SIDA 2008-2010*, la cual contribuye a la unificación de las acciones de prevención del virus. En esta etapa aumenta el espectro de temas de los mensajes, se trató, como en los inicios, de modificar la conducta hacia las personas con VIH/SIDA, pero en este caso estuvo encausado particularmente a los sectores e instituciones que participan en la respuesta ampliada a la epidemia, se afianza el uso del condón como única manera de evitar el contagio y aumentó considerablemente el nivel de información sobre la enfermedad, especialmente aquella dirigida al público masculino. Se revela, además, una supremacía del discurso persuasorio por sobre el intimidatorio, a pesar de que crece el llamado a la severidad de la enfermedad. Para esta segunda etapa, la diversidad sexual comienza a ser abordada de forma más desprejuiciada y directa.

En general, en los primeros años no se halla un discurso coherente entre los objetivos de cada una de las líneas de trabajo y la plasmación de estos en el producto final, lo que muestra una desconexión entre los realizadores y el personal de especialistas de la salud. Problema que fue eliminándose paulatinamente hasta llegar a las últimas producciones, donde quedan plasmados los avances en esta materia.

En el análisis de las producciones audiovisuales, los tópicos que se tocaron mayormente se hicieron corresponder con determinados grupos para los cuales se elaboraron estos

productos comunicativos, por lo cual fueron más o menos representados algunos segmentos poblacionales; igualmente, un mismo contenido fue abordado desde diferentes posturas, de acuerdo al momento de producción del material y al grupo al cual estuvo dirigido. Como tendencia, se hizo una homogenización de los públicos, desestimando las particularidades y variedad que les definen, así, también se obviaron algunos segmentos poblacionales como el de la tercera edad. Los hombres de los rangos de edades de 20-29 y 30-39 años de edad fueron los más representados y a los únicos a los que se les elaboraron mensajes de acuerdo a la segmentación por preferencia sexual, sin que se estimaran otras particularidades. Esto estuvo relacionado con el mito de que el SIDA es una enfermedad de homosexuales, independientemente de que los porcentos mayores de infectados, para esas fechas, correspondían a hombres homosexuales y heterosexuales. Para las mujeres, en cambio, se hicieron mensajes dirigidos a un público femenino general y uniforme, sin que se visibilizara su pluralidad como género.

Los videos que estuvieron destinados a un público general, amorfo, por lo general pasan desapercibidos para el receptor, pues en su conformación no se valoraron códigos que el público pudiese desentrañar de la mejor manera. Por tanto, se pierde el objetivo de la comunicación, puesto que el receptor no tiene la oportunidad de establecer un diálogo con el mensaje al no verse reflejado en él.

Los actores femeninos y masculinos que participaron en los videos encarnaron personajes de una posición económicamente favorecida, ciudadanos y de piel blanca. Los audiovisuales fueron recreados con mayor frecuencia en espacios urbanos públicos como parques ciudadanos y calles, no representaron un ambiente rural donde los actores encarnaran cualidades de las personas que habitan estas regiones, con lo cual quedaron descartados como público. En los videos realizados en los finales de la década se denota una mayor presencia de actores de piel negra y un cierto equilibrio entre portavoces mujeres y hombres.

Fue notable una progresión en la presentación de las personas portadoras de la enfermedad, primeramente, se les presentaba como una población referida, sobre la cual había que ejercer algún tipo de ayuda, luego, esto se transforma, pues comienza a dárseles voz y se erigen como población autorreferida. Incluso la representación de su apariencia física experimentó estas transformaciones, desde una condición de enfermos

convalecientes, hasta una integración de estos a la sociedad. Los personajes seropositivos, invariablemente, fueron jóvenes de piel blanca.

Los materiales a los cuales se les aplicó el análisis de contenido fueron portadores de una cantidad significativa de estereotipos y roles de género que quebrantan el desarrollo pleno de mujeres y hombres, además de menoscabar la salud sexual y reproductiva de ambos. Si bien se observó una disminución, a partir de la concientización de su incidencia sobre la vida de mujeres y hombres, algunos continuaron con recurrencia hasta finales de la década.

Los estereotipos femeninos más frecuentes en todo el período fueron los que se relacionan a las características físicas de las mujeres, su condición de objeto sexual y su posición subordinada frente a los hombres. Estas son presentadas como símbolo de belleza y delicadeza, bajo el paradigma hegemónico de apariencia femenina, lo cual contribuye a la desvalorización de otros modos de experimentar el *ser mujer*, otras identidades, otras cualidades biológicas igualmente válidas. Entretanto, los estereotipos masculinos más patentes y de mayor frecuencia fueron la concepción de los hombres como promiscuos, sexualmente inestables e invulnerables. En algunos de los audiovisuales se utilizó la alusión metafórica para hacer referencia de manera indirecta a los órganos sexuales masculinos; a los que siempre se les asemejó a objetos fuertes, contundentes y grandes. Con recurrencia se apeló a escenas donde se destacaban la fuerza y la dureza, atributos propios de la construcción de la masculinidad. La reproducción de estos roles y estereotipos provoca una discordancia entre los contenidos de los mensajes que se proponen, lo cual propicia la fijación de estos esquemas de comportamiento para cada sexo.

La conjugación de estas concepciones sobre lo femenino y lo masculino, hace que ambos estén sujetos a situaciones de alto riesgo. Pues la mujer encuentra dificultades para la negociación del condón o la negación de sostener algún tipo de práctica sexual, mientras el hombre se muestra negligente para con su salud sexual y la de las mujeres. Por ello, en los materiales existe una marcada intencionalidad en el empoderamiento de la mujer en el marco de las relaciones sexuales, así como un interés progresivo por la deconstrucción de estereotipos y mitos elaborados sobre la enfermedad, en relación a las concepciones de la masculinidad y la feminidad en la sociedad patriarcal.

Recomendaciones

1. Integrar el enfoque de género desde la academia y las distintas instituciones que realicen estudios que se propongan hacer un análisis de los diferentes componentes de las campañas de prevención y educación para la salud.
2. Tomar en cuenta, en estudios futuros, al audiovisual de promoción y educación para la salud como un espacio idóneo para desentrañar las representaciones de lo femenino y lo masculino, y sus impactos sobre las pautas de salud que asumen mujeres y hombres.
3. Incrementar, por parte del Centro Nacional de Prevención de ITS-VIH/SIDA (CNP), otras instituciones de salud y las casas productoras de televisión, la integración entre los profesionales de salud, especialistas en temas de género, y los realizadores de audiovisuales, con el fin de lograr productos comunicativos más eficientes, en cuanto a los objetivos de la promoción y educación para la salud, a partir del enriquecimiento e intercambio mutuo de experiencias.
4. Contemplar, por parte de los realizadores y los organizadores de las campañas, el atractivo visual y la factura del video de salud como un aspecto importante en la persuasión de los distintos públicos.
5. Renovar, desde las instituciones de salud y centros productores, el *stock* de audiovisuales de prevención de ITS-VIH/SIDA existente en las parrillas de la programación de cambio de la televisión cubana, sustituyendo los materiales más antiguos que, por sus muchos años de realización, presentan problemas que ya han venido superándose en producciones más recientes.
6. Realizar, en el CNP, el Centro Nacional de Prevención y Educación para la Salud o centros especializados, estudios de audiencias sobre los niveles de receptividad de los materiales audiovisuales de prevención de las ITS-VIH/SIDA en Cuba, con el fin de utilizar estos resultados en la conformación de nuevos productos comunicativos que representen los intereses de los diferentes públicos y segmentos poblacionales.

Bibliografía

- **ABRAHANTES HERNÁNDEZ, L.E:** *Programa de educación y prevención para relaciones de pareja en la atención primaria de salud*, Trabajo para optar por Título de Máster en Atención Primaria de Salud, Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana, 1999.
- **AFONSO Y MUÑOZ:** *La identidad de género como base para la comprensión de la formación de la identidad de la mujer*, en: Proveyer Cervantes, Clotilde (Comp.): *Sociología del Género*, Editorial Félix Varela, 2005.
- **ALBERDI, I.:** *Parsons. El funcionalismo y la idealización de la división sexual del trabajo*, en: Durán, María de los Ángeles (Comp.): *Mujeres y hombres en la formación de la Teoría sociológica*, pp. 241-248, CIS, España, 1996.
- **ÁLVAREZ, R:** *Guía práctica para la docencia en salud*, OPS/OMS, Costa Rica, 1990.
- **ANDRÉU ABELA, J.:** *Las técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada*, Centro de Estudios Andaluces, s/a.
- **ARTILES VISBAL, L; ALFONSO RODRÍGUEZ, A:** *Género. Bases para su aplicación en el sector de la salud*, OPS/OMS, La Habana, 2011.
- **ASTURIAS, L.:** *La construcción de la Masculinidad*, en: *La Insignia*, 1997.
- **BARBIERI, T:** *Algo más que las mujeres adultas. Algunos puntos para la discusión sobre la categoría género desde la sociología*, resumen para la presentación en el Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG), Universidad Nacional Autónoma de México.
- _____: *Certezas y malos entendidos sobre la categoría de género*, en: *Estudios de Derechos Humanos IV*, Ed. IIDH, Costa Rica 1995.
- _____: *Los ámbitos de acción de las mujeres*, *Revista Mexicana de Sociología*, México D.F., 1992. Pp. 203-224.
- **BONNEWITZ, P:** *Primeras lecciones sobre la sociología de Pierre Bourdieu*, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, 2003.
- **BOURDIEU, P.:** *La Dominación Masculina*, Anagrama, Barcelona, 2000.
- **BOURDIEU, P; PASSERON, J.C.:** *La Reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza*, Libro 1, Editorial Popular, España, 2001. pp. 15-85

- **BRICEÑO-LEÓN, R:** *Endemias, epidemias y modas: la sociología de la salud en América Latina*, p. 5, (documento digital).
- **BROSSARD PEÑA, D:** *Diseño de intervención comunitaria para la prevención de VIH/sida en mujeres del Consejo Popular Victoria de Girón. Palma Soriano. Santiago de Cuba 2009*, Tesis de Maestría en Promoción y Educación para la Salud, Escuela Nacional de Salud, La Habana, 2010.
- **BUENO MARRERO, L.E:** *Conocimiento y actitudes de directivos sobre derechos, deberes, discriminación y estigmatización de las personas viviendo con VIH/ SIDA*. Tesis de Maestría, Escuela Nacional de Salud, La Habana, 2008.
- **BUTLER, J.:** *Sujetos de sexo / género / deseo*, en: *Feminaria*, Año X, N° 19, pp. 1-20, Junio, Buenos Aires, 1997.
- **CEPAL:** *El aporte de las mujeres a la igualdad en América Latina y el Caribe*, X Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, Quito, 6-9 de agosto de 2007.
- **CONNELL, R.:** *El imperialismo y el cuerpo de los hombres*, en Valdés, T. y Olavarría, J. (eds.): *Masculinidades y Equidad de género en América Latina*, FLACSO/ Chile - Fondo de Población de Naciones Unidas, 1998.
- **CASTAÑEDA, I:** *Construcción de indicadores sintéticos para medir diferencias de género en el contexto social cubano*, Escuela Nacional de Salud Pública, p. 16, 2005.
- **CASTRO MENESES, L.:** *Representación social de la identidad Masculina para hombres que han maltratado a la pareja en la ciudad de Neiva*, en: *III Coloquio Internacional de Estudios sobre varones y masculinidades*, Medellín, 2008.
- **CÓRDOVA LLORCA, M. D.:** *Hombre y mujer ¿hacia el encuentro o la rivalidad?*, en *Sexología y Sociedad*, p. 10, No. 20, s/a.
- **DÍAZ BREVO, C.:** *¿Diferentes? Estudio de identidad y roles de género*, en: *Sexología y Sociedad*, p. 36, No.11.
- **DURÁN, María de los Ángeles:** *Mujeres y hombres en la formación de la teoría sociológica*, CIS, Madrid, 1996.
- **ERIVITI, J; SOSA-SÁNCHEZ, I; CASTRO, R:** *Instituciones hegemónicas, varones como agentes reproductivos y equidad de género*, ponencia presentada

en el III Coloquio Internacional de Estudios sobre Varones y Masculinidades, Medellín, Colombia, 3-5 de diciembre de 2008.

- **F.A.D.S.P.:** *Promoción de la salud ¿sueño o alternativa?*, IX Jornadas de Debate sobre Sanidad Pública, Pamplona, diciembre, 1990.
- **FLEITAS RUIZ, R.:** *La identidad femenina: las encrucijadas de la igualdad y la diferencia*, en: Proveyer Cervantes, C. (Comp.): *Sociología del Género*, Editorial Félix Varela, 2005.
- **FMC:** *Masculinidad. Estudios*, Editorial de la Mujer, La Habana, 2008.
- _____: *Salud sexual y reproductiva*, Editorial de la Mujer, La Habana, 2008.
- **FOUCAULT, M.:** *Microfísica del poder*, La Piqueta, Madrid, 1992.
- **GARCÍA RUIZ, J.:** *Lenguaje coeducativo*, en: *Género, Educación y Equidad. Hacia un mundo mejor*, Ediciones Aurelia, España, 2010.
- _____: *Estrategia pedagógica en la preparación del profesorado para la educación sexual desde una perspectiva de género*, en: *Género, Educación y Equidad. Hacia un mundo mejor*, Ediciones Aurelia, España, 2010.
- **GIL, M; ESTRADA, C; PIRES, M; AGUIRRE, R:** *La investigación cualitativa y la promoción de la salud en la comunidad de Madrid*, en: *Revista española de Salud Pública*, vol. 76, no. 5, Madrid, octubre, 2002.
- **GINER, S.; LAMO DE ESPINOSA, E. Y TORRES, C.:** *Diccionario de Sociología*, Alianza Editorial S.A, Madrid, 2001.
- **GÓMEZ ZAMUDIO, M:** *Teoría y guía práctica para la promoción de la salud*, Universidad de Montreal, Canadá, 1998.
- **GONZÁLEZ PAGÉS, J.:** *Feminismo y masculinidad: ¿mujeres contra hombres?*, en: Proveyer Cervantes, C. (Comp.): *Sociología del Género*, Editorial Félix Varela, 2005.
- _____: *Masculinidades en movimiento. Manual instructivo para el trabajo con grupos de varones*, Red Iberoamericana de Masculinidades, La Habana, 2009.
- _____: *Masculinidad y violencia*, en: González Pagés, J.: *Macho, Varón, Masculino*, capítulo 2, pp. 35- 61, Editorial de la Mujer, La Habana, 2010.

- **GUIL BOZAL, A.:** *La identidad de género femenina y masculina bajo el impacto social*, en: *Género, Educación y Equidad. Hacia un mundo mejor*, Ediciones Aurelia, España, 2010.
- **HERNÁNDEZ, A.:** *¿Masculinidad o masculinidades?*, Centro de Estudios de Género, Universidad de Guadalajara, s/a.
- **IRIARTE, I:** *Globalización y equidad de género en el sector de la salud*, Federación de Planificación Familiar de España, documento digital.
- **KRAUSE-FUCHS, M:** “*Para mí una virgen es como un carro nuevo*” *Reflexiones sobre la sexualidad en Cuba*, en: *Género, feminismo y masculinidad en América Latina*, Ediciones Heinrich Böll, El Salvador, 2001.
- **LAGARDE, M:** *Género y feminismo. Desarrollo humano y democracia*, Editorial Horas y Horas, Madrid, 1996.
- _____: *La multidimensionalidad de la categoría género y del feminismo*, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, UNAM, México, 1990.
- **LAMAS, M:** *La antropología feminista y la categoría “genero”*, en: Lamas, M. (Comp.): *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, PUEG, México, 1996. pp. 97-111
- _____: *Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género*, en: Lamas, M. (Comp.): *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, PUEG, México, 1996. pp. 97-111
- **LEIVA MARÍN, Y:** *Algunos temas sobre sexualidad*, Editorial Ciencias Médicas, La Habana, 1994.
- **LÓPEZ-ARANGUREN, E:** *El Análisis de Contenido*, en: García Ferrando, M. (Comp.): *El análisis de la realidad en la investigación social*, Editorial CCS, Madrid, España, 1997
- **LÓPEZ, A. Y GÜIDA, C.:** *Aportes de los Estudios de Género en la conceptualización sobre Masculinidad*, UDELAR, 2000.
- **LÓPEZ SÁNCHEZ, A:** *¿Macho, Varón, Masculino? Entrevista con Julio César González Pagés*, Revista Mujeres, 2010. Disponible en: www.mujeres.co.cu
- **MARTÍNEZ SALGADO, M.:** *De la unión a la reproducción: Una mirada al tránsito a la vida adulta de los hombres mexicanos durante la segunda mitad del*

siglo XX, III Tercer Coloquio Internacional de Estudios sobre Varones y Masculinidades, Medellín, Colombia, 3-5 de diciembre, 2008.

- **MAYTZ, R; HOLM, K; HÜBNER, P.:** *Introducción a los métodos de la sociología empírica*, Capítulo VIII, pp. 197-218, Alianza Editorial, 1975.
- **MENDOZA, R:** *El origen del concepto de género*, Escuela para el Desarrollo, (documento digital).
- **MILOSAVLJEVIC, V:** *Estadísticas de Género. Magnitudes y tendencias en América Latina*, CEPAL-UNIFEM, 2007.
- **MINSAP:** *Estrategia de comunicación social para la prevención del VIH/SIDA. 2008-2010*, CNP ITS-VIH/SIDA, Cuba, 2008.
- _____: *Estrategia de comunicación social para la prevención del VIH/SIDA. 2010-2012*, CNP ITS-VIH/SIDA, Cuba, 2010.
- _____: *Manual para médicos de familia sobre ITS/VIH/SIDA*, La Habana, 2003.
- **MIRANDA GÓMEZ, O:** *Desigualdades de salud en la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana en Cuba durante los años 1986-2007*, Tesis de maestría en Salud Pública, Escuela Nacional de Salud Pública “Carlos J. Finlay”, 2008.
- **MOYA RICHARD, I:** *Sin contraseña. Discurso mediático y transgresión*, AMECO, España, 2010.
- **MUÑOZ, T.; FLEITAS, R. Y BASAIL, A. (Comp.):** *Historia y crítica de las teorías sociológicas*, tomo II, segunda parte, pp. 1- 115, Editorial Félix Varela, La Habana, 2003.
- **OCHOA, R; ROJO, N:** *Investigaciones sobre VIH en el contexto de la Salud Pública Cubana*, Centro Nacional de Prevención de las ITS-VIH/SIDA, La Habana, 2006.
- **OCHOA SOTO, R; CASTANEDO ROJAS, I; COBAS SELVA, M:** *Promoción de salud. Compilaciones*, Edit. Pueblo y Educación, La Habana, 1997.
- **OLAVARRÍA, J.:** *¿Hombres a la deriva? Poder, trabajo y sexo*, FLACSO-Chile, 2001.
- **O.M.S:** *Carta de Ottawa para la Promoción de salud*, Notario, Canadá, 1986.

- **O.P.S:** *Manual de comunicación social para programas de promoción de la salud de los adolescentes*, Fundación W.K. Kellogg, Washington, D.C, 2001.
- _____: *Planificación local participativa: Metodologías para la Promoción de la salud en América Latina y el Caribe*, OPS, Washington, D.C, 1999.
- _____: *Género y salud. Una Guía Práctica para la Incorporación de la Perspectiva de Género en Salud*, adaptado de “*Gender Mainstreaming for Health Managers: A practical Approach*” de OMS.
- **PARDO TORRES, M:** *Estrategia de promoción de la salud con enfoque sanológico para la mujer*, tesis de doctorado en ciencias de la salud, Escuela Nacional de Salud Pública, La Habana, 2009.
- **PARSONS, T.:** *El sistema social*, capítulo 1., Rev. Occidente, Madrid, s/f.
- _____: *Hacia una teoría general de la acción*, Editorial Kapelusz, Buenos Aires, 1968.
- _____: *La estructura social de la familia*, en: Fromm, H.: *La familia*, pp. 31-65, Editorial Península, Barcelona, 1972.
- **PAPÍ GÁLVEZ, N:** *Un nuevo paradigma para el análisis de las relaciones sociales: El enfoque de género*, Feminismo/s, junio 2003, pp. 135-148.
- **PIÑUEL RAIGADA, J:** *Epistemología, metodología y técnicas del análisis de contenido*, Departamento de Sociología IV, Universidad Complutense de Madrid, España, 2002.
- **PNUD:** *Informe sobre desarrollo humano 2003. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio: un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza*, Ediciones Mundi-Prensa, p.5, 2003.
- **PRECIADO, B.:** *Biopolítica del género*, Universidad de Princeton, (documento digital), s/f.
- **PROVEYER, C; FLEITAS, R.; GONZÁLEZ, G., MÚNSTER, B.; AUXILIADORA, M.:** *50 años después: Mujeres en Cuba y cambio social*, Oxfam International, Cuba, 2011.
- **PROVEYER CERVANTES, C.:** *Cultura patriarcal y Socialización de género. Claves para la construcción de la identidad genérica*, en: Proveyer Cervantes, C. (Comp.): *Sociología del Género*, Editorial Félix Varela, 2005.
- **RAMÍREZ, R.:** *Dime capitán*, Ediciones Huracán, Puerto Rico, 1993.

- **RESTREPO, H; MÁLAGA, H:** *Promoción de la salud: Cómo construir vida saludable*, Edit. Médica Panamericana, Colombia, 2001.
- **RITZER, G.:** *Teoría sociológica clásica*, Editorial Félix Varela, La Habana, 2007.
- **RIVERO PINO, R.:** *Las masculinidades en Cuba: Estudio con enfoque de diversidad e integración social*, Universidad Central “Marta Abreu”, Cuba, 2010.
- **RODRÍGUEZ, Y.; DEL RIO, A.:** *Masculinidades y perspectiva de género en problemas de salud actuales en México: realidades y retos*, Sexualidades e identidades masculinas en el ámbito de la salud, México, 2008.
- **RODRÍGUEZ, G; GIL, J; GARCÍA, E.:** *Metodología de la investigación cualitativa*, Ediciones PROGRAF, Santiago de Cuba, 2002.
- **RODRIGUEZ LEMUS, C. J:** *Proyecto educativo para la prevención del VIH/SIDA en la población de conducta de riesgo. Policlínico Vedado, 1999*, Tesis de maestría en salud pública, Escuela Nacional de Salud, La Habana, 2000.
- **RODRÍGUEZ LÓPEZ-NUSSA, K:** *Las mujeres y las relaciones de género en el cine documental de los jóvenes realizadores*, tesis de maestría en Sociología, Departamento de Sociología, Universidad de La Habana, 2010.
- **RODRÍGUEZ OJEDA, M.:** *Educación y perspectiva de género. Dimensiones e indicadores*, en: *Género, Educación y Equidad. Hacia un mundo mejor*, Ediciones Aurelia, España, 2010.
- **RODRÍGUEZ VALIENTE, Y:** *De la familia y sus nuevos miembros*, tesis de licenciatura en Sociología, Departamento de Sociología, Universidad de la Habana, 2007.
- **ROQUE ORTEGA, L. M.:** *Rol de género en el adulto mayor*, en *Sexología y Sociedad*, p. 26, No. 14.
- **RUBÍN, G.:** *Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad*, en: Vance, C. (Comp.): *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina*, pp. 113-190, Editorial Revolución, Madrid, 1989.
- **SANABRIA, G; RODRÍGUEZ, A; ROJO, N:** *Promoción y educación para la salud sexual y reproductiva. Conceptos básicos y estudio de casos*, Escuela Nacional de Salud, s/f.

- **SANABRIA RAMOS, G:** *Promoción y educación para la salud en Cuba: Apuntes para su desarrollo*, en: Arroyo Acevedo, H.V.: *La promoción de la salud en América Latina: modelos, estructuras y visión crítica*, Universidad de Puerto Rico, San Juan, 2004.
- **SANTOVENIA, R:** *Diccionario de cine. Términos artísticos y técnicos*, Editorial Arte y Literatura, La Habana, 1999.
- **SARDUY, C.; ALFONSO, A.:** *Género: Salud y cotidianidad. Temas de actualidad en el contexto cubano*, Editorial Científico-Técnica, La Habana, 2000.
- **SIMMEL, G.:** *Cuestiones fundamentales de sociología*, Editorial Gedisa, Barcelona, 2002.
- **SISTAC, F:** *Reflexiones sobre aspectos conceptuales y operativos de la práctica preventiva contemporánea*, tesis de maestría en Salud Pública, Facultad de Salud Pública, La Habana, 1993.
- **SCOTT, J.:** *El género, una categoría útil para el análisis histórico*, en: Lamas, Marta (Comp.): *El género: la construcción de la diferencia sexual*, PUEG, México, 1996. pp.265-302.
- **THOMPSON, K.:** *Ser Hombre*, Kairós, Barcelona, 1993.
- **TÖNNIES, F.:** *Comunidad y Sociedad*, Editorial Losada, Buenos Aires, 1947.
- **URREA GIRALDO, F.:** *El grupo de pares en la construcción masculina de jóvenes de clases subalternas*, Universidad del Valle, Colombia, (documento digital), s/f.
- **VAN DIJK, T:** *Handbook of discourse analysis: Discourse and dialogue*, Academic Press, Londres, 1985.
- **VÁZQUEZ RIVERA, C.:** *Hombria, sexualidades y la escurridiza noción de poder*, Tercer Coloquio Internacional de Estudios sobre Varones y Masculinidades, Medellín, Colombia, 3-5 de diciembre, 2008.
- **ZAPATA, M:** *Más allá del machismo. La construcción de masculinidades*, en: *Género, feminismo y masculinidad en América Latina*, Ediciones Heinrich Böll, El Salvador, 2001.

Anexos

Anexo No. 1: Entrevista a la Dra. Isabel Moya Richard, directora de la Editorial de la Mujer, especialista en temas de género y comunicación.

¿Qué importancia le confiere al tratamiento diferenciado para mujeres y hombres, según sus particularidades biológicas y sociales, en la conformación de las estrategias de promoción y educación en salud?

Cualquier campaña de comunicación debe tener en cuenta a sus públicos y sobre todo diferenciar que los públicos metas tienen aspiraciones e intereses particulares. Dentro de esa diferenciación de los públicos, dentro de esa segmentación del público meta al que va dirigido cualquier campaña, sin duda, algo que se puede obviar, son las particularidades de la construcción social de lo femenino y lo masculino. Es importante, primero, porque, aunque todavía la ciencia es muy androcéntrica, incluso la medicina, muchas veces para hablar de los síntomas o para referirse en general a las enfermedades, etcétera, se refieren sobre todo a las experiencias masculinas y en ese sentido hay muchísimas páginas en internet donde se refiere que muchas de las sintomatologías de las enfermedades que conocemos solo las padecen así los hombres y no las mujeres. En ese sentido, es un ejemplo clásico el infarto del miocardio. Se dice que es el infarto del corazón generalmente, en el caso de los hombres, es un dolor en el centro del pecho que se irradia hacia un brazo, cuando en las mujeres lo que realmente se da es un dolor que parece más bien un dolor un dolor de estómago. Sin embargo, cuando uno ve en las películas o en cualquier curso de primeros auxilios, generalmente los síntomas que se describen son los síntomas que suceden en los hombres. Entonces, es muy importante, a la hora de establecer cualquier campaña, teniendo en cuenta que salud no es solamente ausencia de enfermedades, con una concepción más amplia de lo que es la salud, entonces ver cómo se dan en hombres y mujeres las prácticas culturales que pueden hacerlos más o menos vulnerables a determinadas enfermedades, más o menos vulnerables a pedir asistencia, a pedir ayuda. Eso es esencial.

¿Qué incidencia tiene en la conformación de estas estrategias, la contemplación de las diferencias intragenéricas?

No se es mujer ni hombre de una manera universal. Por tanto, hay que tener en cuenta que en las mujeres hay diferencias etarias, pero hay también diferencias de color de la piel o algo que muchas veces las mujeres lesbianas reclaman y es que no se tienen en cuenta en el caso, por ejemplo, de todo lo que tiene que ver con la salud sexual y reproductiva, la particularidad de la orientación sexual de las mujeres y sus prácticas. Por supuesto, sí es importante tener en cuenta la manera en que hemos sido contruidos culturalmente hombres y mujeres, también es

muy importante diferenciar al interior de la mujer o al interior de los hombres por todas las otras condiciones que los conforman, en su variedad y su diversidad como seres humanos.

¿Considera usted que la utilización de estereotipos de género en la conformación de los productos comunicativos para la promoción de salud puede ir en detrimento de la efectividad del mensaje, una transformación de la actitud ante el cuidado de la salud?

Los mensajes comunicativos se enfrentan siempre al reto de comunicar y de comunicar generalmente con pocos recursos de construcción del discurso, no me refiero al recurso material, y muchas veces se utilizan estereotipos para establecer una comunicación rápida para que la audiencia pueda deconstruir el mensaje rápidamente. Sin embargo, generalmente, sobre todo en una comunicación que se piense otra, en una comunicación que también quiera contribuir desde el mensaje de salud a reconfigurar la sociedad, debe evitar los estereotipos de género, sobre todo cuando esos estereotipos lo que están es reafirmando o confirmando los roles tradicionales de lo masculino y lo femenino.

¿Cuáles estereotipos y roles de género cree influyen nocivamente en la salud sexual y reproductiva de mujeres y hombres?

Sobre todo, y a pesar de que supuestamente esta es una sociedad muy liberada y que tiene criterios muy amplios en relación con la sexualidad, eso no es más que otro mito que, por ejemplo, en la Revista Mujeres hemos podido conformar muy bien, deconstruir ese mito a partir de las cartas que recibimos, tanto de mujeres como de hombres alrededor de su sexualidad. Primero, tendríamos que trabajar mucho más que nos estamos refiriendo a derechos sexuales y reproductivos. ¿Por qué?, porque muchas veces los estereotipos de género, sobre todo en el caso de las mujeres, se centran en la maternidad. Nosotros vemos, por ejemplo, qué importantes son los índices en salud de mortalidad infantil. Sin embargo, trabajamos menos en la mortalidad materna, cuando es también un indicador importante del avance de una sociedad. Generalmente, cuando se cierra el año y se dan los resúmenes de lo que ha acontecido en el año, una de las noticias de primicia es la baja mortalidad infantil que tenemos, nunca se habla de la mortalidad materna, porque está el estereotipo que lo más importante es el niño o la niña y no la madre.

Visto entonces la maternidad desde esa concepción Mariana, de María, de la religión católica, del sacrificio, etcétera. Y, por otra parte, muchas veces, también en lo que se refiere a los derechos sexuales y derecho al placer, muchas veces los estereotipos de “la vampi” o “la muchachita buena” hace que les cueste mucho trabajo negociar el condón o que cuando se piensa en inversiones desde el punto de vista tecnológico en salud se dice que el condón femenino es muy caro, etcétera, cuando eso empoderaría a la mujer; ya no solo decidir que sea

él quien use el condón, sino poder decidir que sea la mujer la que lo haga. En el caso de los varones también hay estereotipos en ese sentido. Vemos, por ejemplo, lo difícil que es lograr en Cuba que los hombres se hagan la vasectomía, los chistes que se hacen alrededor del tema o, si se aborda en la prensa, se le da una mirada de excepcional y de raro, porque la gente no quiere, no va a salir el “freakie” del grupo, o sea, que en realidad todavía se ve muchísimo el estereotipo en el abordaje de esos temas.

¿Qué importancia le confiere al empleo del audiovisual como vía para la promoción y educación para la salud?

Sin dudas, aunque yo soy una mujer de la galaxia Gutenberg y amo el libro y la palabra impresa, es un momento audiovisual por excelencia. Creo que el audiovisual tiene muchas potencialidades, sin embargo, lamentablemente, en mi opinión, todavía en nuestro caso no se utiliza de la mejor forma, hay muchos audiovisuales que pretenden promoción de salud que parecen más un power point que un audiovisual, o sea, no se recurre a todas las potencialidades que tiene el uso y la puesta en escena del audiovisual contemporáneo para impactar en las audiencias con este tipo de mensajes.

¿Según su apreciación, considera usted que existe una representatividad de los distintos públicos, en los materiales audiovisuales para la prevención de las ITS/ VIH-sida?

En el caso particular de ITS-VIH/SIDA, tengo determinadas apreciaciones al respecto, por una parte pienso que a pesar de que el rango de edad entre 40 y 60 años tiene un peso en la enfermedad, apenas aparece. Generalmente aparecen gente muy joven y muy bonita, no digo que el audiovisual no deba tener determinadas características, pero es que lo bonito también es algo construido, creo que una persona armónica es bonita. Por qué no aparece una mujer de 50 años que generalmente su esposo le lleva el VIH a la cama, teniendo en cuenta que la mujer es biológicamente más vulnerable y socialmente también, y que piensa esta mujer que como está casada “eso no es conmigo”, porque lo mismo en los audiovisuales, que en las novelas, en los videoclips generalmente los protagonistas son los jóvenes. Esto para no hablar de algunos sectores, que tienen que ver con la identidad de género o que si aparecen no son proyectados suficientemente en la televisión, como pueden ser los transexuales, los travesti, los transgénero.

¿Cree usted que estos han tomado en cuenta las características de los públicos a los cuales están dirigidos?

En este aspecto tengo determinadas apreciaciones, he tenido la oportunidad de participar con los compañeros del CNP y sé que cada vez más las campañas tratan de ser más efectivas, de estudiar los públicos, etc. De todas formas creo que hay mucho que hacer en ese sentido. Primero porque es un tema en el que no estamos abordando o tratando una enfermedad,

estamos abordando y tratando prejuicios, a la cultura, no podemos verlo solo como algo que tiene que ver con una enfermedad, sino también que estamos enfocándonos a prácticas y concepciones culturales muy arraigadas y ese es el desafío para la comunicación. Por eso pienso que desde la crítica es muy fácil pero para la realización es un desafío.

¿Teniendo en cuenta que se persigue la incorporación de un estilo de vida y prácticas que beneficien el estado de salud de mujeres y hombres, qué implicaciones considera tiene el uso de lenguaje sexista en los mensajes comunicativos?

El lenguaje sexista no se refiere solo a la lengua, aunque es vital, el problema no es solo decir “ellas y ellos”, el problema está en entender que el sexismo también se refiere a cuando utilizamos tanto el cuerpo de los hombres como el cuerpo de las mujeres solo como un objeto sexual, solo como un reclamo. Si bien hay que transformar el lenguaje y que siempre que sea posible no utilizar hombre y utilizar humanidad, o no utilizar hombre y utilizar seres humanos, eso es muy importante, pero a la vez entender que la imagen es también un discurso y que por tanto la imagen puede tener una carga de sexismo.

¿Qué efectos produce en el público receptor la utilización de los métodos intimidatorio, recriminatorio o del método persuasorio como recurso en la conformación del mensaje?

Hay muchísimos estudios muy interesantes que arrojan que, generalmente en promoción de salud, se pasó de el miedo y el terror -hay que ver algunos de los póster de los años 40 y 50, por ejemplo en relación con la TB u otras enfermedades- se pasó del terror a una etapa de consecuencias, después a una etapa de información y hoy se habla más de un modelo cultural, donde se tengan en cuenta las prácticas de los públicos, las necesidades del emisor y también las condiciones de la sociedad, porque hay que tratar de unir esa tríada, en que se pueda articular el conocimiento científico, las necesidades de la sociedad y también las experiencias vividas del público objetivo. Creo que no se debe ni culpabilizar, ni intimidar, sin embargo creo que hay que llegar a la sensibilidad, porque la información no es suficiente, sino ya nadie fumara. Cuantas campañas no hemos visto que dicen todo lo que hace la nicotina, cuales son sus consecuencias. Si solo te detienes en lo cognitivo, es decir en la parte de la información y no vas a lo connotativo, a los sentimientos y la sensibilización pues estás perdiendo dinero. Yo diría que un producto comunicativo por excelencia trataría de articular lo afectivo, lo cognitivo y sobre todo más que pensar que un producto comunicativo va a propiciar el cambio -que no es cierto- que por lo menos ayude a que ese público al que va dirigido el mensaje problematice se quede, escuche, piense y reflexione y así daremos un primer paso. A veces lamentablemente se piensa que la comunicación en salud lo puede todo, y eso no es cierto, la comunicación en salud está anclada en una sociedad donde eso tiene que articularse con los otros discursos, con el discurso que hay en la escuela, con el discurso que hay en las propias instituciones de salud.

No se hace nada con decir “hay que dejar de fumar” y el médico fuma. Todo esto son discursos que hay que articular para propiciar el cambio.

Anexo No. 2: Entrevista a la Dra. Hilda Saladrigas, Profesora Titular de la Facultad de Comunicación Social de la Universidad de La Habana, especialista en Comunicación Organizacional.

¿Qué antecedentes sobre el tema existen en Cuba?

En los últimos años se ha producido una especie de boom en torno al tratamiento de la temática y sobre todo en el campo de la comunicación, donde se han hecho seminarios sobre comunicación y género. Sobre todo, en este sentido, el papel protagónico que ha jugado la Dra. Isabel Moya como directora de la Revista Mujeres de la FMC y recientemente su tesis doctoral “El sexo de los ángeles”, que se constituyó en un libro con todos estos productos comunicativos donde se abordan diferentes temáticas de género.

Tengo la percepción de que es más, en los últimos tiempos, que en periodos anteriores, con un abordaje más riguroso, consciente, incluso, más profundo. Y creo que si algo puedo asegurar es que está muy relacionado a los contextos en los que vivimos, por la necesidad de aperturas que la sociedad necesita con una mayor cultura hacia estas temáticas y la necesidad de la inclusión de todos: hombres y mujeres con sus diferentes preferencias sexuales, diferentes formas de enfocar la vida.

Incluso, aquí en la Facultad de Comunicación se pueden encontrar algunas tesis de diploma que abordan el tema, el tratamiento de género en la televisión, en determinada producción comunicativa específica y las implicaciones que esto tiene en la producción comunicativa.

¿Cómo contribuyen estudios de este tipo en la conformación de campañas de salud más eficaces?

Contribuyen de muy buena manera, porque en la comunicación –para ubicarme en el campo que me asiste- es un proceso en el cual, si tú no tienes en consideración los actores que participan en él, realmente nunca vas a poder lograr que el proceso sea lo suficientemente completo y abarcador. No haces nada con trabajar desde la concepción del clásico emisor-productor de comunicación desde una visión de experticidad, con las “mejores ideas”, con las “mejores concepciones” que no siempre existen –vamos a decirlo así-, pero si no tienes en cuenta al público receptor, a sus prejuicios, sus estereotipos, sus modos de encarar la vida, sus discursos, sus formas en enfocar estas problemáticas, sencillamente estás perdiendo una gran

parte importante de esa realidad. Entonces, te vas a quedar con una porción de la realidad, la vas a vaciar en una producción comunicativa, siempre vas a dejar tu impronta en la misma, pero siempre te va a faltar la voz del otro.

Hacer estudios de este tipo sirve de retroalimentación, pero sirven para un mejor conocimiento del estado del arte que existe en la sociedad en torno a eso. Por una parte, en el campo teórico-conceptual, ¿cuáles son las tendencias más modernas, las polémicas que existen?, para tratar de observar cómo esas polémicas se te están dando en la realidad social. Porque de alguna manera todos estamos conectados, el mundo globalizado está conectado, y puedes creer que hay un comportamiento conceptual en torno al tema sexista o el tema de género en otras partes del mundo, y sin embargo, en Cuba no lo hay. Pero pudo haber estado entrando por la academia, por la vida cotidiana, por determinadas valoraciones que tú no conoces, que tu no tienes nociones de ello, solo lo conoces si eres capaz de estudiarlo, de manera conceptual y también de manera empírica. Estudios de este tipo son útiles para, incluso, ir llevando una especie de termómetro para ver por dónde va la sociedad, y hasta que punto se ha avanzado o no en la superación de los estereotipos, o la inclusión de otras aristas que contaminan las concepciones sobre un tema, pero si no investigas automáticamente eso te queda fuera. Y repito, el proceso de comunicación tiene que ver con los actores que forman parte del proceso, con los instrumentos que estos actores disponen para el acto comunicativo, con las expresiones con las que ellos van a tratar ese acto comunicativo, y con las representaciones que se conforman en torno a ese acto comunicativo. Por tanto si esto no se estudia, si no se abarca de forma completa -y la investigación es una de las maneras que tenemos de contemplar a los actores otros- y por otra parte no se da voces a esos actores, para que incluso educativamente se sientan reflejados, se está fallando. Porque a veces el sentirse reflejados en la posición más negativa en esos productos comunicativos también puede ser una especie de contrasentido que ayuda a entender lo errado que se pueda estar en esa posición.

¿Qué importancia le confiere al tratamiento diferenciado para mujeres y hombres, según sus particularidades biológicas y sociales, en la conformación de las estrategias de promoción y educación en salud?

El papel de los medios como agentes socializadores, como conformadores de la esfera pública, es de suma importancia. Se sabe, además, que en la sociedad existen otros agentes culturalizadores como pueden ser la escuela o puede ser la religión, la propia cultura, pero los medios de comunicación son sin duda actores importantísimos en esos procesos por la capacidad que tienen de llegar a grandes cantidades de públicos a la vez. Si bien es cierto que ya se desmontó el paradigma de que esos públicos son homogéneos.

Entonces, desde este punto de partida, primero, ellos son importantes por el alcance que tienen. Segundo, son importantes porque las sociedades modernas los han hecho parte de su vida cotidiana. Ellos pasan a ser actores importantes hoy en los desempeños sociales y políticos de las sociedades y los países. Entonces, ¿cómo mantenerlos a ellos distantes de la problemática? Si ya sabes que tienen un impacto y quieres ponerlos en función de ir girando o sobregirando las conductas y los estereotipos que existen, los tienes que emplear a ellos obligatoriamente. Lo que tienes que emplearlos de manera creativa, de manera activa, de manera diversa y tratar de construir en ellos o a través de ellos toda la gama posible de aristas que tenga el fenómeno. En la medida en que tú quieras transformar posturas, puntos de vista, criterios, tienes que reflejar esos criterios y puntos de vista de la mejor y de la peor forma de manera contrapunteada en esos medios de comunicación. De lo contrario no lo puedes lograr. Ellos forman parte de una estrategia que, incluso, es mayor, que tiene que encontrar un referente en la educación y en los procesos educativos.

Si vas a trabajar sobre el cambio de los patrones sexistas a nivel social, sabes que tienes que trabajar obligatoriamente con los medios. Aquí hay algo importante y hay una gran polémica: la educación le echa la culpa a los medios y los medios le echa la culpa a la educación. Y es que ambos tienen cuotas de responsabilidad y lo que no puedes hacer es sustituir el papel de ninguno de los dos, sino complementarlos. Y complementarlos dentro de los medios de comunicación con una gama de diversidad que ellos disponen, porque la producción mediática es diversa, es lúdica, educativa, informativa, tiene diferentes matices. ¿Qué tienes que hacer tú?: no privilegiar, algo que hacemos aquí, una sola de las formas de comunicación, la propagandística, por ejemplo. Desequilibramos la informativa o desequilibramos la lúdica. Y hay autores que plantean que hasta en la recreación y el esparcimiento se producen procesos educativos y procesos de transformación para la sociedad.

En la medida en que tengas determinadas posturas y elementos que designa la sociedad los puedas imbricar en los relatos que tú construyas. Pero en toda la diversidad posible de formatos que los diferentes medios de comunicación te brindan, que son una gama: el impreso, el digital, el audiovisual y en otras prácticas comunicativas que son más directas, menos mediáticas, pero que también están presentes en la cultura. Son prácticas más asamblearias, más institucionales, más participativas, más directas. Entonces, ahí tienes que ir dejando la huella, la impronta del mensaje para que, de alguna forma, pueda caer hacia toda la sociedad.

En la manera en que no lo reflejes, efectivamente, estás perdiendo el sentido de cómo hacer cambiar esos patrones. Irlo haciendo en los medios es muy importante, a la par que lo vas haciendo en todos los demás sectores.

¿Considera usted que la utilización de estereotipos de género en la conformación de los productos comunicativos para la promoción de salud puede ir en detrimento de la efectividad del mensaje, una transformación de la actitud ante el cuidado de la salud?

Creo que, incluso, el mensaje tiene que estar muy a tono con lo que sucede en nuestros tiempos. Quien no se puede quedar a tras es la producción comunicativa y es lo que lamentablemente está sucediendo en la actualidad, donde se quiere lograr una efectividad en ciertas agendas y ante ciertos públicos, digamos los jóvenes, ante ciertas agendas, digamos movilizativas. Pero, sencillamente no se hace escuchando las voces y entonces automáticamente la producción comunicativa queda detrás.

Hay que entender que los discursos cambian, que los tiempos y los contextos cambian y que esa producción comunicativa que citaba anteriormente está compuesta por una serie de elementos como uno que no te mencioné que es vital, que es el contexto.

La producción comunicativa no puede estar alejada de todo el entorno que la cubre, si bien es cierto que es una producción que está muy conectada con el sistema social y, por tanto, socioeconómico, político y cultural con el que ella se conecta, al que ella responde, al que la ideología que él va a manifestar responde. Tiene que producirte un adecuado correlato entre el contexto, lo que está aconteciendo en el contexto y lo que el relato mediático refleja y refrenda; porque, de lo contrario, ocurre lo que casi siempre pasa: se hacen descreíbles los medios de comunicación, por tanto ellos tienen constantemente que retroalimentar sus discursos, sus lenguajes tecnológicos y textuales en función de cómo se está moviendo la sociedad. Y cuando no lo hacen se convierten en retardadores, en entes descreídos por la sociedad y esta lo que hace es rechazarlos.

Por otra parte, es contraproducente, porque son agentes socializadores, agentes de cambios. Cuando no se ponen acorde con los tiempos, sencillamente la sociedad le pasa por al lado, pero hay otras formas de interacción social y otras formas de interacción comunicativa que los pueden sustituir. Y, ¿qué aparece?: las formas de comunicación emergentes, las formas de comunicación alternativas. Porque la voz de la esfera social siempre va a buscar un cauce. Si los medios tradicionales en su producción no están recogiendo el acontecer, lo que está sucediendo a nivel cultural con relación a la sexualidad, con relación a las enfermedades, a la representación de género, lo que acontece en la medicina, a nivel cultural, los intercambios sociales, a nivel simbólico, en el intercambio personal; si él no lo recoge, automáticamente quien queda en su segundo plano es él y van a aparecer otras formas emergentes que lo van a sustituir. ¿Quiénes son, básicamente?: las nuevas tecnologías. Aparecen los sitios web, los foros de discusión. Hoy tú no das el espacio de discusión directo, cara a cara en la interacción, y te aparece automáticamente como un elemento en internet. Es decir, empiezan a aparecer

esas formas emergentes que las nuevas tecnologías le están poniendo, incluso como reto, a los medios tradicionales. Por tanto, sí es importante que aparezcan. No puedes silenciar la realidad. Lo que tienes es que reflejarlo adecuadamente, nutrirte. Por eso es la importancia de que se nutra de los estudios, de bajar al cotidiano, ya con estudios o sin estudios, pero sí estar al tanto de cuáles son las agendas más pertinentes, los temas más candentes, cuáles son los agentes emergentes y, por supuesto, usarlos en su lenguaje.

¿Cuál es la incidencia de los roles y estereotipos de género en las pautas de salud que asumen mujeres y hombres?

Tienen una incidencia importante. Eso es cultural desde mi punto de vista. A partir de tu formación, de lo que te enseñan. Por eso es tan importante otro eslabón del que no hablamos antes, que es un ente socializador por excelencia, es la familia y el medio que circunda al sujeto. Nosotros somos un producto de lo que la familia nos conforma, por supuesto, la sociedad y por tanto la cultura. Y en esos espacios también los medios de comunicación.

Y efectivamente, de la manera en que nos enseñan a pensar, a percibir al hombre, a percibir a la mujer, los propios cánones de belleza, los roles en torno a cómo desempeñarnos ante la familia y la sociedad, en dependencia de todo esto. Pues, efectivamente, va a crear una representación social de cómo nosotros vamos a enfrentar ese proceso. Lo más interesante de todo esto es que a veces –en el caso de los medios de comunicación– los realizadores no suelen darse cuenta de que ellos están permeados de esos estereotipos y esas representaciones. Y no se dan cuenta que sus ideologías profesionales dejan una huella y una impronta en su mensaje, y que no siempre se es consciente que es así; y queda como una huella que trasciende al público, a la sociedad.

Creo que en este caso es importante la manera en que nos dicen cómo somos. Por eso es que son importantes los procesos educativos, con un enfoque holístico. La batalla no se gana solamente con los medios de comunicación tradicionales y alternativos. No se gana la batalla solamente con la educación, con las organizaciones sociales de la sociedad civil que puedan o no contribuir, no se gana solamente con la familia. Esto es un problema cultural y hay que tratarlo desde todas las aristas que están implicadas en el proceso, desde todos los sectores –como lo maneja Cuba–, los sectores profesionales que están implicados en el proceso, como puede ser la educación, salud pública y otros actores sociales que trabajan estas aristas. También las Organizaciones no Gubernamentales, la sociedad civil en su conjunto, las organizaciones de masas y efectivamente, a partir de ese abordaje, irás logrando que se puedan ir transformando ciertos patrones, incluso discursivos, porque puedes tener el prejuicio, pero a veces queda una huella muy importante en la palabra, en la manera en que nos tratamos, en que nos nombramos y nombramos las cosas. Puede que yo no me sienta una persona

estereotipada, sin embargo, en la manera de yo discursar, en la manera de referirme a los sujetos, en la manera en que yo construya el relato o hable de determinados sucesos lo estoy siendo. Y no soy consciente ni siquiera de esto, porque es un proceso ancestral que tiene que ir transformándose para mí en dos cosas importantes, en la práctica, en la interacción concreta, en las prácticas sociales concretas, pero también en el discurso, donde ambos tienen que ir paralelos. Por eso es tan importante entender que no es un problema solamente de llamarnos hombres o mujeres y ellos o ellas, ya desde ahí estamos transformando una posible conducta de discriminación de: “los hombres son...” Se va así solapando esa preponderancia de la opresión de la mujer, de los patrones masculinos sobre los femeninos y con todo lo que eso implica de violencia, etcétera.

¿Teniendo en cuenta que se persigue la incorporación de un estilo de vida y prácticas que beneficien el estado de salud de mujeres y hombres, qué implicaciones considera tiene el uso de lenguaje sexista en los mensajes comunicativos?

Ayudaría mucho, incluso desde el punto de vista psicológico, al entendimiento de que al menos somos reconocidos y somos reconocidas. Ayudaría a la salud desde el punto de vista en que empiezas a entender de manera subjetiva que existe un reconocimiento, y por tanto va al extremo más favorable. Empiezas a sentirte mejor porque empiezas a percibir de esta manera diferente la igualdad, que no es que no se haya tocado, pero lo más probable es que no se haya percibido, porque se ha hablado discursivamente de igualdad pero no se han desarrollado todos los patrones de igualdad adecuados. Por ejemplo, hay igualdad en la mujer y el hombre, y claro ambos tienen derecho al trabajo, pero ¿hay igualdad cuando yo llego a la puerta de mi casa para adentro? No, porque a mí me toca trabajar en la calle, pero llego a la casa me toca trabajar también porque mi marido obviamente sigue con el esquema de que él es el que llega para hacer otra cosa, quizás dándole continuidad a su vida laboral dentro de la casa, pero no hace los mandados, no ayuda con el niño, entonces eso es algo que va lacerando efectivamente esa igualdad. Discursivamente se dice, pero en conductas poco se ha percibido el hecho de que esa igualdad existe. En la misma medida en que se va viendo lo vas incorporando, incluso, es hasta una manera terapéutica de expresarlo, de que tengamos la capacidad de no ir a una consulta clínica, no ya a la consulta de un grupo de atención de terapias, sino a nivel social, usando los propios medios de comunicación como tribunas para expresar nuestras inconformidades, para expresar nuestras discrepancias, para que todas esas dudas y esas inquietudes que teníamos debidamente acalladas y las teníamos en otro espacio, empezarlas a expresar. A partir de ahí comienzas a tener esa expresión, de esa capacidad de diálogo, y por tanto el intercambio comienza también a mejorar terapéuticamente. Empiezas a sentirte otro subjetivamente, el sujeto comienza a sentirse otra persona, esto ayuda mucho a la salud mental y a que tengamos la conciencia de que el tema ya no es de uno, sino que es de muchos, que deja

de ser de espacios académicos muy reducidos, para llevarse incluso a la esfera más pública, que son los medios de comunicación con debates transparentes, también polémicos.

¿Qué efectos produce en el público receptor la utilización de los métodos intimidatorio, recriminatorio o del método persuasorio como recurso en la conformación del mensaje?

Yo creo que es válido el empleo de todos los métodos con el correspondiente equilibrio. Porque efectivamente hay momentos en que hay que sancionar conductas que son negativas y ponerlas en evidencia, soy incluso del criterio que es importante hacerlo, pero junto con eso es importante también la labor más persuasiva hacia los sujetos en torno a la necesidad de por qué es importante cambiar esas actitudes. Hay que lograr llevar el rechazo hacia aquellas conductas que pueden ser discriminatorias, negativas, a la vez hay que llevar también al sentido de que hay que transformarlo de la manera más positiva, jugando con los tres sentidos que tiene el mensaje. Lo que si no puede producirse es un desequilibrio, porque automáticamente se te puede ir, en la producción comunicativa, uno por encima de otro y entonces puede causar rechazo.

Si todo es puramente persuasivo, de hecho toda la comunicación no es persuasiva, hay comunicación informativa, hay información más de transformación, hay otras también de denuncia. Yo insisto en la necesidad de lograr un equilibrio en torno al contenido y la forma que adopte el mensaje para que estén presentes todas las formas, todos los lenguajes, todas las agendas posibles asociadas al tema y todas las formas y objetivos de la comunicación posibles, incluyendo, por supuesto, el de denuncia, educación, persuasión e información, puedes tener mejores resultados, más efectividad. Que es lo que, desde mi modesto punto de vista, no sucede.

Cuando hacemos una campaña no ponemos todas las agendas arriba de la mesa, no todas las hacemos públicas, primero. Dejamos temas excluidos y por tanto esos temas excluidos, si están latentes en la población, esta percibe que están siendo excluidos de los medios de comunicación. Hay que entender que el público es un ente activo que tiene, entre otras cosas, la capacidad de aceptar. Hay públicos que aceptan todo lo que los medios de comunicación le dicen 100%. Hay públicos que negocian un por ciento con los medios de comunicación y hay un público que es completamente ajeno a los medios de comunicación. Pero, hasta con el público más descreído hay que lograr un consenso. Lo complejo de entender, para quienes hacen la comunicación, es que una estrategia de comunicación, y por tanto una campaña resultante, es la concatenación que tiene que existir entre las diferentes acciones y los objetivos que estas cubren, desde los públicos que van a abordar –tratar de abarcarlos a todos sabiendo que no son heterogéneos-, la diversidad de las agendas presentes en el fenómeno hacerlas representadas y representativas en el asunto y tener en cuenta todos los objetivos posibles en la

comunicación para complementarlos. Y, por último, el entendimiento de todos los posibles medios a emplear.

Entonces, nos enfrentamos a las campañas elaboradas para la televisión y la radio no se entera, la prensa mucho menos. Se tocan, por ejemplo, los temas con un carácter puramente informativo, algo que casi siempre sucede. Los mensajes públicos son muy mal conformados, muy mal producidos, de muy poca factura, entonces automáticamente esa campaña no surte efecto. Más todavía a otros niveles, se le da solamente valor a los medios de comunicación, y estos van a hacer las campañas, pero entonces no se trata el tema en otras esferas de la sociedad como pueden ser la salud pública, la educación, no se lleva a otros espacios de convivencia y entonces, efectivamente, campañas como estas tienen que fracasar. Esas son Agendas País, son agendas a tratar no solamente por los medios de comunicación. Si bien esto tienes que hacerlo con toda la calidad y con toda la complementariedad, es ahí donde fallan, desde mi punto de vista, las estrategias de comunicación. Por supuesto no considerar los públicos, el no hacerlo es por ejemplo ignorarlos, yo no sé a qué público estoy dirigiendo el mensaje...a cualquiera, yo no discrimino en edad, no discrimino en gustos, en opiniones sobre la gente posible, en los intereses que tienen esos públicos, y por tanto yo creo que por tanto todos son iguales y a partir de ahí yo produzco un monotemático y ese va a llegar a todo el mundo. En vez de pensar que este público está conformado por niños, por adolescentes, por jóvenes, por menos jóvenes y por tercera edad, y que cada una de esas etapas de la vida tiene una manera de enfocar el asunto, y por tanto una manera simbólica de asumir el mensaje, de recodificar el mensaje, o sencillamente no codificar.

Los spots de salud y de SIDA, ¿quiénes lo hacen?, artistas famosos. Esa algo que funciona, tomas a un artista famoso lo vistes, lo haces hombre campaña que -es parte de su imagen pública-, pero sin embargo, busca a una persona de la tercera edad hablando de los problemas de las enfermedades de transmisión sexual, con los problemas de su generación como tercera edad. Hay problemáticas que tiene la tercera edad, en torno al género, por ejemplo, que no son abordados, son silenciados, ¿no los tienen? posiblemente sean los que más lo tengan, porque esa es la generación que vivió en contextos culturales de rechazo a estas nuevas culturas emergentes, y más en un país como el nuestro, donde estas personas conviven con la familia cubana, y esas tradiciones, esos estereotipos los arrastran y se los están imponiendo a las generaciones con las cuales conviven en la casa, que es la generación sándwich o intermedia y la nueva generación. Para ellos no hay mensaje de género, para ellos no hay mensaje de otro tipo. Es interesante ver como las estrategias de comunicación suelen ser complejas por eso, y para mí mucho más. Pasa con el tema de género, con el tema ITS, no son solamente privativas de los medios de comunicación, si así se cree, se está perdiendo la batalla. Hay que ir a todos

los espacios posibles, incluso los espacios de socialización más comunitarios, los mesoniveles y no solamente los macroniveles.

Anexo No. 3: Entrevista a la Dra. Reina Fleitas. Profesora Titular del Departamento de Sociología de la Universidad de la Habana, especialista en temas de género, salud y familia.

¿Qué visión prevalece, que concepción se tiene en Cuba sobre la promoción y la educación para la salud?

En los escenarios donde yo he estado y se ha debatido sobre el tema, y también en las lecturas que he hecho sobre los temas de salud de manera global, he percibido por los expertos dos conceptos de salud, en los procesos de salud y enfermedad. He observado –desde mi punto de vista– dos conceptos: uno muy general donde la promoción de salud se refiere a toda acción que favorece la salud de las personas, que les permite prolongar su vida y combatir las enfermedades y los problemas de salud. Desde ese punto de vista, está relacionado con las políticas de salud, con las acciones reales que tienen que ver con la organización de los servicios de salud. El otro concepto de promoción está referido a todo lo que se haga en el sistema de salud y en los procesos intersectoriales que tienen que ver con la promoción de la salud.

Recuerdo haber estado en una reunión del Ateneo de la OPS, donde, precisamente, los estudiosos de la promoción decían que el concepto de promoción de salud era el concepto más general que tenía la salud. Incluso, llegué a pensar que era más general que el propio concepto de salud. Eso es muy común entre los investigadores. Siempre los expertos en un tema piensan que el concepto más importante dentro de su investigación tiene un grado de generalidad que puede abarcar el resto de los procesos y tener una generalidad articuladora de muy diversos procesos de ese concepto que ellos defienden.

También existe un sentido más estrecho, que es cuando promoción de salud se ubica precisamente en aquellas acciones que tienen que ver con las campañas, con la publicidad, que en este caso involucra la responsabilidad de los medios de comunicación en llevar un mensaje saludable o centrado en la mercantilización de la salud, en dependencia del modelo de salud donde se produzca ese hecho de publicidad. Entonces, tendría que ver con las acciones que hacen los medios de comunicación, pero también con las instituciones educativas. En ese sentido puede estar más relacionado con la educación. Pero, el concepto de educación también se ubica dentro de la Sociología de la Educación, donde pueden existir diversas apreciaciones. Educar puede estar relacionado con un proceso de enseñanza-aprendizaje, en el que transmitir

valores se reconoce como una labor educativa. Transmitir determinados valores que son importantes para formar una ideología, transmitir una cosmovisión en la que la salud es importante y así ayudar a conformar una cultura de la salud.

Se puede entender educación en un sentido amplio, como cualquier proceso de socialización, en el que participan muy diversas instituciones, desde la familia, los medios de comunicación, las instituciones de salud, el colectivo laboral. En ese sentido la Sociología de la Educación, como cualquier otra ciencia de la educación, presupone que existe una diversidad de definiciones de educación. Pero, yo considero que toda promoción publicitaria que tenga fines de transmitir bienestar, salud con equidad, salud para todos, debe tener en cuenta los componentes educativos de la promoción; porque es muy importante que la cultura de la salud contribuya al mejoramiento de la vida de las personas, que las personas tengan una cultura de la salud, pero en el sentido positivo. En el sentido de que la salud se convierta en el punto de referencia para tomar cualquier decisión en la vida cotidiana, para que nos ayude a conformar los estilos de vida saludables.

¿Qué importancia le confiere al tratamiento diferenciado para mujeres y hombres, según sus particularidades biológicas y sociales, en la conformación de las estrategias de promoción y educación en salud?

Creo que es decisivo. En primer lugar, es reconocido que la transversalización de género a cualquier proceso de la vida social es relevante para visibilizar las desigualdades, para poder explicar la realidad de discriminación que todavía prevalece en el mundo de hoy en todos los países y también en Cuba, a pesar de los avances en el proyecto político de equidad social de nuestro país, que busca la visibilización de esta discriminación y la creación de una cultura de la salud y la equidad. La salud no está al margen de esto, sino todo lo contrario. La investigación ha demostrado que los factores culturales de género explican de manera importante muchas de las enfermedades, en algunas pueden ser causas directas y en otras causas indirectas de la distinción de las enfermedades entre hombres y mujeres. La transversalización de género es importante para conocer en qué medida los factores culturales explican el estado de la salud de hombres y mujeres. Pero, desde ese punto de vista, una vez que usted conoce esas diferencias, de cómo influyen los factores culturales, es necesario que la propaganda o la promoción de salud desde el punto de vista publicitario tenga en cuenta esas diferencias para tratar de contribuir a erradicar los estereotipos que definen los estilos de vida de las personas, sus comportamientos, sus conductas reproductivas, sexuales, su manera de ver la salud y de comprender la enfermedad, de la visión que tienen sobre los servicios de salud en muy diversos aspectos, para ayudar a conformar una cultura de la salud con equidad.

Se debe tener en cuenta el criterio de género, porque este precisamente nos ayuda a ver a las personas en la diversidad real en que vivimos, en la diferencia. Esconder la diferencia no es lo que va a solucionar los problemas de discriminación. Poner en evidencia la diferencia es importante, porque en las políticas de promoción –en el sentido amplio y en el sentido estrecho–, si usted parte de la diferencia y toma acciones teniendo en cuenta esas diferencias, puede ayudar de manera eficiente a erradicarlo. Ese criterio de igualitarismo que hemos tenido en varias épocas tenemos que superarlo. Y no me refiero solo a las diferencias biológicas, sino también a las diferencias sociales. Si usted no tiene en cuenta que la desventaja que la mujer tiene en el área de la salud la lleva a vivir una esperanza de vida mayor, pero con peor calidad de vida, usted no puede tomar decisiones eficientes que rectifiquen esta situación. Pero, además, la inversión en salud no es diferenciada. Entonces, me parece, que para cualquier acción de promoción de salud es importante partir de la diferencia, no solo biológica, sino también de las desventajas sociales; que nos ayuden a ir rectificando en el camino la desventaja y llegar a un punto de igualdad de oportunidades.

¿Qué incidencia tiene en la conformación de estas estrategias, la contemplación de las diferencias y la diversidad intragenérica que pueda existir?

Los seres humanos no solo somos hombres y mujeres, sino que pertenecemos a diferentes grupos. Somos, por ejemplo, distintos por raza, no solo biológicamente; la discriminación racial también está en la historia de nuestra cultura, muy enraizada y, pesar de que el mundo de hoy no es semejante al mundo del siglo XIX donde existía la trata negrera, sigue siendo todavía un mundo muy discriminatorio en muy diversos aspectos, a veces tan sutiles que no se nos presentan a la simple observación, incluso, en el campo de los procesos de salud-enfermedad.

Somos también diferentes desde el punto de vista de clase social. La maternidad, la sexualidad, la reproducción y muchos otros acontecimientos, no los vive igual una mujer obrera, una mujer campesina, o una mujer intelectual, porque las condiciones de vida de cada una de esas mujeres son diferentes en relación al ingreso, a la vida cotidiana, la cultura, la educación, la capacidad para apropiarse de la cultura de la salud, para poder organizar su vida cotidiana que tiene un impacto enorme en la salud. Si no son iguales las condiciones de vida, que es una dimensión importantísima en los estudios de salud, reconocido ya por la medicina social, la epidemiología, la higiene y en general las ciencias sociales de la salud, entonces no podemos pensar que los problemas de género sean semejantes para todas las mujeres y para todos los hombres. La situación de género varía en dependencia también del contexto territorial, del contexto grupal, de clase, de profesión, del contexto racial que viven los diferentes grupos humanos; y por lo tanto es importante en la promoción de salud tener en cuenta la diversidad

intrafamiliar. Porque las relaciones hombre-mujer también son distintas en dependencia si se producen en el mundo rural o en el mundo urbano. Hay muchas investigaciones que documentan esta diferencia, como también las diferencias enormes que pueden existir entre países desarrollados y los países de menor desarrollo.

¿Considera usted que la utilización de estereotipos de género en la conformación de los productos comunicativos para la promoción de salud puede ir en detrimento de la efectividad del mensaje, una transformación de la actitud ante el cuidado de la salud?

Hay estereotipos de género muy fuertes en la publicidad y muy rígidos todavía, incluso hasta en Cuba donde tanto se ha luchado a lo largo del tiempo por cambiar la imagen de la mujer. He tenido la oportunidad de estar en varias de las reuniones o congresos y eventos de mujeres comunicadoras y conozco que existe un conjunto de fuerzas dentro de los medios de comunicación en Cuba que se apropiaron del tema de género, y que han estado muy preocupados por las imágenes estereotipadas que todavía reproducen nuestra televisión y nuestros medios de comunicación sobre la mujer. Uno no puede ver esas imágenes al margen de los procesos de salud, todo lo contrario, la comprensión que siempre tienen las personas sobre su cuerpo que ha sido tan importante en la construcción de los estilos de vida, en el impacto que tiene por ejemplo en la salud mental, en las actitudes y las conductas de las personas en general, han sido construcciones muy rígidas.

La cultura femenina ha estado centrada en un tipo de cuerpo de la mujer. La belleza femenina en el siglo de Da Vinci era diferente a la de ahora, pero de todas formas era relevante, establecía reglas sobre esa belleza y las mujeres que no vivían esa realidad, que no satisfacían ese esquema estético, sufrían entonces en el proceso de su vida cotidiana no poder experimentar en su cuerpo este paradigma.

Los criterios que hoy tiene la pasarela sobre la estética del cuerpo femenino son tan dominantes, tan rígidos, con relación al sentido de la belleza de la mujer que están provocando problemas de salud como lo es la anorexia, la bulimia, variantes de desnutrición; mujeres que viven centradas en tener un cuerpo que no pueden tener porque nacieron con determinadas características biológicas. Entonces sufren, se someten a dietas, a procesos que traen un impacto contrario a su salud y las lleva a vivir esas enfermedades, algunas pueden provocar hasta la muerte. He sentido en las publicaciones de Europa cierta alarma sobre el impacto de la anorexia en esa región. Y esta es una clásica enfermedad que tiene origen en estereotipos sobre el cuerpo femenino.

Además, un estereotipo y una práctica muy común ha sido la prostitución, el uso del cuerpo de la mujer como objeto ha traído que muchas prostitutas pongan en constantemente en riesgo su

salud, de contraer enfermedades de todo tipo. Viven en un mundo donde está en riesgo su salud, porque existe mucha violencia sobre la mujer; y se someten a prácticas que las ponen en riesgo de morir, de contraer el SIDA, de sufrir problemas de salud que las dejen inválidas. La prostitución es una práctica social que también tiene origen en la comprensión del cuerpo de la mujer como objeto sexual, como diversión sexual del hombre. Y ese es otro estereotipo que ha existido.

La representación que ha existido de lo femenino ha tenido dos estereotipos dicotómicos: uno es la mujer como representación del placer sexual, y otro, la mujer como objeto de reproducción. Y esas han sido dos visiones estereotipadas que obedecen a una cultura de la dominación, donde tanto la mujer como placer sexual, como la mujer objeto de reproducción viven en situaciones de riesgo constante. Por ejemplo, ¿cuántas mujeres creen que la reproducción debe ser el centro de sus vidas, y aún cuando su salud puede estar en peligro, deciden priorizar tener el hijo, deciden acatar en un círculo de violencia doméstica, porque tienen temor de que el hijo no tenga la seguridad material que ellas no pueden proporcionar y subordinan sus necesidades, expectativas e intereses a aquellos que tienen que ver con la seguridad y los intereses del hijo? Detrás de estas situaciones siempre están los estereotipos de la reproducción, que el ser “buena madre” significa priorizar por encima de cualquier problema de salud o vivencia personal, el bienestar de otros, a partir de la lógica de dar, de cuidar que el estereotipo presupone, y no se percatan de que puede ser que en esta relación de riesgo que viven dentro de la violencia los hijos estén corriendo también una situación de riesgo para su salud.

Los medios de comunicación están, de alguna manera, recreando a las mujeres como objeto sexual y promoviéndola como objeto sexual. De todas formas, aunque en nuestros medios de comunicación se ha combatido bastante, aparecen a veces esos estereotipos de la mujer como objeto sexual.

Los videos clip musicales lo están reproduciendo constantemente y no lo reproducen solamente los hombres que hacen videos clip, sino también hasta las propias mujeres realizadoras. También está en las novelas el esquema de la “madre sacrificada”, que no se analiza desde la perspectiva de salud, porque si todo el mundo tuviera claro qué cosa es salud, que lo más importante es el bienestar de las personas y que este bienestar también significa construir un bienestar colectivo, donde todos sus miembros sean tenidos en cuenta con un razonamiento de justicia y equidad, entonces, en cada decisión de la vida que vaya desde hacer un video hasta decidir sobre algo importante en su vida cotidiana pudiera entenderse que ese esquema de salud prevalece sobre el esquema de belleza.

Hay criterios y estereotipos sobre la vejez y sobre las mujeres viejas y los hombres viejos. Los cambios en la mente de las personas que no aceptan la edad en que entran trae muchos trastornos de salud mental y esos trastornos se proyectan en decisiones de la vida. Hombres que quieren buscar mujeres jóvenes y renuncian a un matrimonio que puede no haber sido conflictivo, sino con un buen funcionamiento, porque creen que la juventud de una mujer les va a devolver la juventud que perdieron. Mujeres que entran en crisis porque piensan que los hombres no querrán a una mujer que entra a la ancianidad o a la edad adulta, cuando las arrugas empiezan a aparecer, viven así en la idea de que la sexualidad lo es todo, de que ser aceptada lo es todo y no se aceptan a sí mismas. Entonces, todos esos esquemas hacen mucho daño a las personas, pero también son estereotipos que se reproducen en la televisión, en los medios de comunicación y que contribuyen a reforzar las ideas que tienen las personas sobre las edades, sobre las relaciones entre hombres y mujeres, sobre los conceptos morales acerca de la “buena madre”, de la “buena esposa”, de la “buena hija” o el “buen marido”, y que, sin lugar a dudas, no contribuyen al bienestar y a la salud. Creo que es importante desmontar los estereotipos para hacer una buena propaganda, una publicidad de salud que ayude a promocionar bienestar.

¿Cuáles estereotipos y roles de género, además del rol reproductivo de la mujer que antes mencionaba, cree influyen nocivamente en la salud de mujeres y hombres?

La sexualidad es un proceso más amplio, pues las personas tienen vidas reproductivas limitadas. La vida de las personas y sus roles son múltiples. Tú desempeñas un rol de mujer, pero te puedes desempeñar como política, puedes desempeñar actividades productivas, actividades sexuales, culturales. Depende de las actividades de las cuales estemos hablando, del ámbito de esa actividad, de la esfera de la actividad referida. Los roles femeninos y masculinos son transversales a toda nuestra vida. Uno no deja de ser mujer y de tener todos esos estereotipos cuando se es política o una obrera que está trabajando en una fábrica. Con el hombre pasa igual: sigues siendo hombre con todos esos estereotipos y esos esquemas de relaciones entre hombres y mujeres que llevas a todos los ámbitos de tu vida. También depende mucho de cómo hayan cambiado las definiciones de roles en cada una de esas estructuras. Siempre decimos que a veces se observan cambios mucho más profundos en los espacios públicos, mientras que la familia parece más estática. Pero es cierto también que, dado que aceptamos que existe una interrelación entre el mundo público y privado, si no cambiamos radicalmente las coordenadas de los roles del mundo privado y de la familia, difícilmente pueda seguir cambiando el mundo de lo público. Y podemos estar viviendo en un futuro procesos de retroceso en los espacios públicos con relación al término de la distribución de roles y de la equidad de género.

Todos estos esquemas y estereotipos de género que nos hacen mujeres y hombres, son transversales a todos los procesos de la vida social. El acoso sexual, por ejemplo, es un problema que puede vivirlo la mujer en la familia, en un espacio político, en un centro de trabajo; porque el acoso sexual es una construcción de género que se mueve en el marco de una relación. Igualmente puede padecerlo un hombre, pero tradicionalmente el peso de ese impacto de acoso sexual lo han vivido las mujeres; ese acoso sexual está diseñado en términos de una cultura patriarcal, de la mujer como objeto sexual, donde solo se piensa en la mujer por sus características sexuales, no por su inteligencia y se trata de forzar a la mujer para tener una relación sexual, lo cual es una manifestación de la violencia.

Así como se dice que la política es transversal porque las relaciones de poder están en todas las relaciones humanas y son relaciones de influencia para la dominación, en muchos casos. Entonces, si la relación de género es una relación de poder, es también transversal a todos los procesos. Por lo tanto no vas a encontrar solo los estereotipos de los que hemos hablado en la familia, sino también en toda la vida social.

Las coordenadas actuales de la cultura organizacional de los sistemas productivos y políticos, tienen que cambiar teniendo en cuenta las diferencias de género, porque se piensa que la equidad de género es darle licencia de maternidad a las mujeres y con eso se les protege, pero por qué no a los hombres. A muchas mujeres les conviene que los hombres se acojan a la licencia de paternidad y por qué se rechaza tanto, por qué solo después del 2003, a más de ocho años de aprobar ese artículo en la ley, es exigua la cantidad de hombres que se han acogido. Incluso, algunos en condiciones de dirección no aceptan, no reconocen la importancia que tiene la paternidad dentro de la familia. La cultura organizacional que existe en los espacios públicos, las empresas, los medios de comunicación, cuando organiza las reuniones, los procesos de trabajo no tiene en cuenta las diferencias de género, sin embargo, las diferencias están ahí. Por eso muchas mujeres tienen que reunirse después de las seis de la tarde, aunque tienen que atender la casa y son muchos aspectos que te permiten observar que estamos hablando de una transversalización, porque estas desigualdades y discriminaciones existen en todos los espacios que conocemos.

¿Teniendo en cuenta que se persigue la incorporación de un estilo de vida y prácticas que beneficien el estado de salud de mujeres y hombres, qué implicaciones considera tiene el uso de lenguaje sexista en los mensajes comunicativos?

El lenguaje es la forma concreta de expresarse el pensamiento y te he estado hablando de estereotipos que están en el pensamiento, y el lenguaje tiene términos muy específicos que, cuando uno los escucha, inmediatamente sabe cuál es el significado y toda la carga significacional que puede tener de discriminación, de estigma, de marginación para una

persona. Recuerdo que el término “concubina” era muy despectivo en toda una época histórica y decirle a una mujer “concubina” era decirle apestada, que estaba en los lugares más bajos de la escala social, una “mala mujer”. No hace falta decir “mala mujer” o “mal hombre”, porque hay palabras que llevan toda la carga significacional de la discriminación y por lo tanto el lenguaje tiene un peso importante. Cuando se le dice a un homosexual maricón – perdón la palabra- sabes que eso tiene una carga peyorativa. Si le dices gay quizás no tiene esa carga peyorativa, porque este es un término que ayuda a definir tu condición sexual, tu identidad. Pero cuando le dices maricón estás presuponiendo un trato negativo a la persona, y es por eso que las palabras tienen significados estandarizados que marcan esas diferencias y tienen una carga moral importante. Por eso es muy importante que se sepan escoger las palabras, porque hay palabras que en determinados círculos no lo tengan esa sentido peyorativo, pero dependen de los contextos. Cuando revisas el Diccionario Larousse, que es tan rico y trata de resumir significados de términos de nuestra región hispanohablante, quizás algunos términos tienen un significado aquí, pero en otros lugares no, claro que tienes que contextualizarlos, por eso es importante atender al lenguaje. Pero, el lenguaje en los medios de comunicación, en los videos clip fundamentalmente es muy pobre, muy estereotipado, muy discriminatorio. Desde el punto de vista técnico son muy buenos, se han desarrollado mucho, pero desde el punto de vista del contenido del mensaje son muy pobres y no está en la línea de lo que quiere nuestro proyecto de justicia social.

Hoy en día la música y los videos clip que están relacionados con la música están reproduciendo prácticas muy discriminatorias desde el punto de vista de género. En otras áreas de publicidad hemos avanzado, pero en esa es lamentable el empobrecimiento paulatino.

¿Qué aspectos deben tenerse en cuenta en la conformación del mensaje para lograr la persuasión del público al que está destinado el material?

Cualquier acción que hagamos tiene que tener en cuenta al sujeto, a quien dirigimos el mensaje. Se toman decisiones políticas presuponiendo los intereses del otro y no se propicia la participación del otro en la toma de esas decisiones. Nosotros vivimos en una sociedad actual muy diversa, desde muchos puntos de vista, creo, incluso, ideológico. Hay múltiples generaciones que están viviendo, no todas ven igual la política, aunque puedan existir puntos de confluencia, porque, sin lugar a dudas la Revolución valorizó determinadas cosas como la justicia, la equidad y creo que de alguna manera los cubanos hemos aprendido de eso, aunque no tenemos claro del todo cómo llegar a la equidad, cómo hacer justicia.

La democracia significa tener en cuenta a los demás. Las personas deben participar para poder aceptar después los mensajes que les están enviando. Un mensaje que implica una ruptura con los esquemas de esas personas puede provocar rechazo, pero cuando un mensaje es razonado,

no es impuesto, un mensaje que tiene argumentos sólidos, que se adecúa a las características educativas de las personas, creo que puede tener un efecto receptivo positivo. Los mensajes se tienen que basar en diagnósticos, no improvisar o sencillamente decir que “estos son los intereses de la gente”. Hay que, de alguna manera, explorar cómo le gustaría a la gente verse representados, sin olvidar el sentido de la justicia, de tener en cuenta a todos y con la mayor diversidad de intereses posible.

Anexo No. 4: Guiones de entrevistas a expertos y especialistas.

4.1 Guión de entrevista a la Dra. Isabel Moya Richard, directora de la Editorial de la Mujer, especialista en temas de género y comunicación.

- ¿Qué importancia le confiere al tratamiento diferenciado para mujeres y hombres, según sus particularidades biológicas y sociales, en la conformación de las estrategias de promoción y educación en salud?
- ¿Qué incidencia tiene en la conformación de estas estrategias, la contemplación de las diferencias intragenéricas?
- ¿Considera usted que la utilización de estereotipos de género en la conformación de los productos comunicativos para la promoción de salud puede ir en detrimento de la efectividad del mensaje, una transformación de la actitud ante el cuidado de la salud?
- ¿Cuáles estereotipos y roles de género cree influyan nocivamente en la salud sexual y reproductiva de mujeres y hombres?
- ¿Qué importancia le confiere al empleo del audiovisual como vía para la promoción y educación para la salud?
- ¿Según su apreciación, considera usted que existe una representatividad de los distintos públicos, en los materiales audiovisuales para la prevención de las ITS/ VIH-sida?
- ¿Cree usted que estos han tomado en cuenta las características de los públicos a los cuales están dirigidos?
- ¿Teniendo en cuenta que se persigue la incorporación de un estilo de vida y prácticas que beneficien el estado de salud de mujeres y hombres, qué implicaciones considera tiene el uso de lenguaje sexista en los mensajes comunicativos?
- ¿Qué efectos produce en el público receptor la utilización de los métodos intimidatorio, recriminatorio o del método persuasorio como recurso en la conformación del mensaje?

4.2 Guión de entrevista a la Dra. Hilda Saladrigas, Profesora Titular de la Facultad de Comunicación Social de la Universidad de La Habana, especialista en Comunicación Organizacional.

- ¿Qué antecedentes sobre el tema existen en Cuba?
- ¿Cómo contribuyen estudios de este tipo en la conformación de campañas de salud más eficaces?
- ¿Qué importancia le confiere al tratamiento diferenciado para mujeres y hombres, según sus particularidades biológicas y sociales, en la conformación de las estrategias de promoción y educación en salud?
- ¿Considera usted que la utilización de estereotipos de género en la conformación de los productos comunicativos para la promoción de salud puede ir en detrimento de la efectividad del mensaje, una transformación de la actitud ante el cuidado de la salud?
- ¿Cuál es la incidencia de los roles y estereotipos de género en las pautas de salud que asumen mujeres y hombres?
- ¿Teniendo en cuenta que se persigue la incorporación de un estilo de vida y prácticas que beneficien el estado de salud de mujeres y hombres, qué implicaciones considera tiene el uso de lenguaje sexista en los mensajes comunicativos?
- ¿Qué efectos produce en el público receptor la utilización de los métodos intimidatorio, recriminatorio o del método persuasorio como recurso en la conformación del mensaje?

4.3 Guión de entrevista a la Dra. Reina Fleitas. Profesora Titular del Departamento de Sociología de la Universidad de la Habana, especialista en temas de género, salud y familia.

- ¿Qué visión prevalece, que concepción se tiene en Cuba sobre la promoción y la educación para la salud?
- ¿Qué importancia le confiere al tratamiento diferenciado para mujeres y hombres, según sus particularidades biológicas y sociales, en la conformación de las estrategias de promoción y educación en salud?
- ¿Qué incidencia tiene en la conformación de estas estrategias, la contemplación de las diferencias y la diversidad intragenérica que pueda existir?
- ¿Considera usted que la utilización de estereotipos de género en la conformación de los productos comunicativos para la promoción de salud puede ir en detrimento de la efectividad del mensaje, una transformación de la actitud ante el cuidado de la salud?
- ¿Cuáles estereotipos y roles de género, además del rol reproductivo de la mujer que antes mencionaba, cree influyan nocivamente en la salud de mujeres y hombres?

- ¿Teniendo en cuenta que se persigue la incorporación de un estilo de vida y prácticas que beneficien el estado de salud de mujeres y hombres, qué implicaciones considera tiene el uso de lenguaje sexista en los mensajes comunicativos?
- ¿Qué aspectos deben tenerse en cuenta en la conformación del mensaje para lograr la persuasión del público al que está destinado el material?

4.4 Guión de entrevista a César Dilú, funcionario del CENPES, especialista en medicina interna y en el componente educativo de las estrategias de prevención de enfermedades transmisibles y crónicas.

- ¿Institucionalmente qué visión prevalece, qué concepción se tiene en Cuba sobre la educación y promoción de salud?
- ¿Qué diferencias pudiesen percibirse entre los contenidos de los mensajes preventivos, educativos e informativos?
- ¿Qué importancia le confiere al empleo del audiovisual como vía para la promoción y educación para la salud?
- ¿Cómo valora usted la utilización del audiovisual como vía para la promoción y educación para la salud en Cuba?
- ¿Qué importancia le confiere al tratamiento diferenciado para mujeres y hombres, según sus particularidades biológicas y sociales, en la conformación de las estrategias de promoción y educación en salud?

4.5 Guión de entrevista a Jorge Pérez, especialista del Centro Nacional de Prevención de ITS-VIH/SIDA y director de televisión.

- ¿Sobre la base de qué pautas están elaboradas las estrategias para la educación y promoción de salud?
- ¿Qué importancia le confiere al tratamiento diferenciado para mujeres y hombres, según sus particularidades biológicas y sociales, en la conformación de las estrategias de promoción y educación en salud?
- ¿Qué incidencia tiene en la conformación de estas estrategias, la contemplación de las diferencias y la diversidad intragenérica que pueda existir?
- ¿Cuál es la incidencia de los estereotipos y roles de género en las pautas de salud que asumen mujeres y hombres?
- ¿Según su apreciación, considera usted que en los materiales audiovisuales elaborados existe una representatividad de los distintos públicos?

- ¿Cree usted que estos han tomado en cuenta las características de los públicos a los cuales están dirigidos?
- ¿A partir de su experiencia como especialista, considera usted que se ha evidenciado una evolución en el tratamiento de la temática del VIH-SIDA en el audiovisual, en los aspectos que se han mencionado?
- ¿Los realizadores de los audiovisuales reciben capacitación en el tema de VIH-SIDA y género?
- ¿Qué efectos produce en el público receptor la utilización de los métodos intimidatorio o recriminatorio como recurso en la conformación del mensaje?
- ¿Qué aspectos deben tenerse en cuenta en la conformación del mensaje para lograr una transformación en las pautas de salud del público al que está destinado el material?

Anexo No. 5: DVD con los audiovisuales analizados.