



Tipo de documento: Tesina de Grado de Ciencias de la Comunicación

Título del documento: La construcción social del complejo VIH-sida presente en las campañas masivas de prevención (audiovisuales) que implementó el Estado nacional argentino dentro del período 1989-1998

Autores (en el caso de tesis y directores):

Yamila Mathon

Agustín Ostrowski

Marta Weiss, tutora

Datos de edición (fecha, editorial, lugar,

fecha de defensa para el caso de tesis): 2004

Documento disponible para su consulta y descarga en el Repositorio Digital Institucional de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Buenos Aires.
Para más información consulte: <http://repositorio.sociales.uba.ar/>

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Argentina.
Atribución-No comercial-Sin obras derivadas 4.0 (CC BY 4.0 AR)



La imagen se puede sacar de aca: https://creativecommons.org/choose/?lang=es_AR



Introducción

A continuación, y como primer paso, enunciaremos el postulado central a partir del cual desarrollaremos la tesina y el que a su vez le da título al presente trabajo ensayístico:

“La construcción social del complejo VIH-sida, presente en las campañas masivas de prevención (audiovisuales) que implementó el Estado nacional argentino dentro del período 1989-1998”.

La elección de dicha franja cronológica responde, principalmente, a dos cuestiones: por un lado, la necesidad (fines analíticos) de efectuar un recorte en la producción discursiva que, sobre prevención de VIH-sida a nivel estatal y con alcance nacional, existía hasta ese momento y, por el otro, porque se trata del período donde el Estado nacional comenzó a implementar, en forma sistemática, campañas masivas de prevención. A su vez, y continuando con la delimitación del campo de trabajo, diremos que los distintos soportes comunicacionales desde los cuales es factible planificar y organizar una campaña masiva fueron circunscriptos, en este caso, únicamente a la esfera audiovisual. Asimismo, hemos optado por analizar la producción estatal porque entendemos que el Estado nacional debe ser el garante de la salud pública de sus ciudadanos, con responsabilidades y facultades específicas que lo distinguen del resto de los actores involucrados por un fenómeno de la naturaleza del sida.

Con relación a la estructura del presente trabajo, podemos decir que se organiza a partir de distintos niveles de aproximación y enfoques sobre la problemática que nos ocupa. En principio efectuaremos un encuadre contextual (*Estado de la cuestión*) en el cual intentaremos presentar y caracterizar al complejo VIH-sida en tanto fenómeno social, con las distintas dimensiones y contextos que ello supone. Paso seguido tendrá lugar un apartado destinado al desarrollo teórico (*Marco conceptual*) a fin de encuadrar conceptualmente el postulado central del ensayo.

A su vez, y articulado con el capítulo recién mencionado, presentamos la planificación metodológica (*Marco metodológico*), en la cual haremos explícitos los

objetivos y estrategias que guiarán el análisis empírico y las derivaciones del mismo. De este modo arribamos a la finalidad central de nuestro trabajo: **rastrear las representaciones, significaciones e imaginarios sociales (o lo que definimos como construcción social) que circulan y se materializan en los distintos procesos discursivos - campañas masivas de prevención oficiales - alrededor de la problemática del VIH-sida, específicamente entre 1989 y 1998.**

Como ya mencionáramos, y debido justamente a que consideramos que la construcción social – en este caso, la que se pone en juego desde el Estado nacional – puede ser rastreada en distintos discursos sociales, circunscribimos nuestra tesina al análisis de las campañas masivas de prevención que el Estado argentino implementó a lo largo de la década seleccionada, a saber: *Cantan los notables* (publicidad - 1991); *SjDA! que no te sorprenda* (integrada por un video educativo denominado: *Un camino para dos* y un conjunto de cinco spots publicitarios - 1992) y la campaña conocida como *Sillón blanco* (conformada a partir de la proyección de veintidós publicidades - 1998). En este apartado (*Análisis de campañas*) que tiene por principal finalidad identificar las concepciones, definiciones y significaciones que se ponen en juego en torno al complejo VIH-sida, intentaremos aportar una mirada crítica a partir de la cual poder plantear distintos *ejes temáticos comunes*.

Dicho de otro modo, una vez *identificadas esas representaciones, imaginarios y significaciones sociales* en el corpus confeccionado, presentaremos lo que para nosotros constituyen *elementos compartidos* entre dichas producciones discursivas para, desde ellos, poder poner en juego aquellos conceptos y perspectivas que consideramos se hallan presentes en el material seleccionado y que, desde nuestro punto de vista, estructuran el complejo VIH-sida, postulado como una construcción social.

Casi llegando al final del escrito el lector hallará algunos capítulos destinados a la ampliación y/o introducción de temáticas vinculadas con el desarrollo general del trabajo y a los cuales consideramos fundamentales para una interpretación integral, en favor de una mirada más amplia en torno del tema en cuestión. Por último, y a modo de cierre, dejamos plasmadas algunas ideas y sensaciones personales, a las que intentamos organizar bajo el título de *Conclusiones*.

Estado de la cuestión

Como un signo de los tiempos, se infectan quienes hubieran podido evitarlo, se enferman los infectados sin acceso al cuidado y mueren antes de tiempo millones de seres humanos, supuestamente nuestros iguales, según la retórica de las declaraciones de derechos humanos y pactos internacionales, a las que nuestros países adhieren pero ignoran en la práctica (Cahn, 1999, 215).

El VIH-sida

Características biológicas

El sida es la manifestación final de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). La enfermedad es el resultado de la destrucción del sistema inmunológico por dicho virus. No todas las personas infectadas por el virus del sida desarrollan la enfermedad, aunque sí pueden transmitir el virus.

El virus circula, y se transmite únicamente a través de:

- ✓ la sangre
- ✓ el semen
- ✓ las secreciones vaginales
- ✓ la leche materna

La razón por la cual estas son las únicas vías de transmisión es que tan sólo la sangre, los fluidos sexuales (semen/secreciones vaginales) y la leche materna de una persona infectada tienen tan alta concentración de virus que una pequeña cantidad de esos fluidos, entrando en el torrente sanguíneo de una persona sana, producen o pueden producir infección. A la cantidad de fluido capaz de generar la infección se la llama inóculo.

Sin embargo, debemos dejar en claro que todos los líquidos –sangre, fluidos sexuales, leche, saliva, lágrimas, sudor - de una persona viviendo con VIH (PVVIH o PVV) contienen virus, pero no todos poseen concentración suficiente como para producir infección.

Sólo la pueden producir la sangre, la leche y los fluidos sexuales de las personas involucradas, así como puede infectarse el bebé en la panza de una madre que vive con VIH si no se toman los recaudos necesarios.

Para que se produzca la infección por VIH tiene que haber un líquido de alto poder infectante – nuevamente, sangre, fluidos sexuales o leche materna - en contacto con una “puerta abierta” del otro organismo. Pueden ser “puertas abiertas” las heridas sangrantes no cubiertas, las mucosas (aunque no estén lastimadas) y las venas cuando reciben inyección.

El VIH sobrevive mal y por escaso tiempo fuera del organismo y es muy sensible a las altas temperaturas, puesto que no soporta más de 60° C. Por ello, para que pueda infectar a un organismo, este virus debe penetrar en su interior a través de los accesos mencionados anteriormente.

La sigla SIDA significa Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida. Es decir que uno ha desarrollado el sida cuando presenta un conjunto de *signos* y *síntomas* (Síndrome) que indica que sus *defensas están disminuidas* (Inmuno Deficiencia) porque *contrajo* el virus (Adquirida).

En esta etapa aparecen las llamadas “enfermedades oportunistas o marcadoras”, que se desarrollan aprovechando la caída de las defensas. Las más frecuentes son afecciones pulmonares, de la piel y algunos tipos de cáncer. A ello se suman los efectos directos del virus en el organismo, que incluyen trastornos del sistema nervioso y el aparato digestivo. Desde que el virus entra en el cuerpo hasta que aparecen los síntomas pueden pasar muchos años (si se realiza tratamiento temprano, más aún).

Hay estudios para detectar la presencia del virus. Esto permite iniciar oportunamente los tratamientos y tomar medidas para evitar la reinfección y la transmisión del virus.

Con la medicación actual se retrasa la aparición de las enfermedades marcadoras y por lo tanto del sida. Las pruebas que suelen hacerse (Elisa, Western Blot) sirven para

detectar los anticuerpos producidos por el organismo para defenderse del VIH. Si hay anticuerpos, hay virus.

Hay una primera etapa de la infección, de alrededor de tres meses, en que la presencia del virus no es detectable por las pruebas de laboratorio: es el llamado “Período Ventana”. Pero más allá de que no se detecten los anticuerpos, durante el Período Ventana el virus se está multiplicando de manera muy rápida. Por lo tanto, aun si las primeras pruebas han dado negativas, es necesario continuar cuidándose.

Una vez detectada la infección, lo más importante es averiguar cuál es el estado de las defensas del paciente. Para esto se utilizan el recuento de linfocitos CD4 (indicadores de la capacidad de defensas del organismo) y la cuantificación de virus circulante en sangre (lo que se denomina carga viral). A mayor carga viral hay más rápida caída de las defensas (CD4), y más posibilidades de que aparezcan rápidamente las enfermedades que conforman el sida¹.

Historia

A principios de los ´80 puede decirse que se identificaron los primeros casos, fundamentalmente, en Estados Unidos. Si bien se habían presentado algunos casos en la década del ´70, 1981 puede ser catalogado como el año donde se empiezan a manifestar evidencias de esta nueva enfermedad. En lo que se refiere a la Argentina, aun cuando la epidemia comenzó en 1982, recién alrededor de 1987 la enfermedad se volvió más que significativa en cuanto al número de personas infectadas o enfermas.

Como lo reconoce Bloch (1999, 22)², esos primeros casos se destacaban por presentar infecciones de carácter oportunista y también por manifestarse en dos grupos humanos en particular: los usuarios de drogas intravenosas y los varones homosexuales.

-
- ¹ Información suministrada por la Coordinación Sida del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, “Hablemos de VIH-sida”, Buenos Aires, 2003.
 - ² Dr. Claudio Bloch: Director de la Coordinación Sida del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

La gravedad de los pacientes afectados por el nuevo virus movilizó una serie de investigaciones que, poco a poco, comenzaban a dar sus frutos. En 1983 fue identificado en París el agente etiológico del virus del sida y, desde ese momento, se ha desarrollado una gran variedad de pruebas para obtener los tratamientos adecuados.

De esa manera, el sida comenzó a reproducirse progresivamente hasta convertirse finalmente en una de las peores epidemias de los últimos siglos. “Limitado inicialmente a pocos países, el sida no sólo se diseminó hacia las distintas regiones del mundo, sino que mantuvo índices crecientes de incidencia a lo largo de la década de 1980. En diciembre de 1990, 159 países, de un total de 180, ya habían informado la ocurrencia de casos a la OMS” (Bloch, 23).

El número de personas infectadas con VIH y personas enfermas de sida se ha multiplicado, especialmente en los países subdesarrollados, ya que, como sostiene Bloch, el sida se ha convertido en una nueva enfermedad de la pobreza. El continente más afectado es África, donde la mayor vía de transmisión es la sexual. Por su parte, en Latinoamérica y el Caribe las cifras también son elevadas, con el uso de drogas inyectables y las relaciones heterosexuales como principales vías de transmisión. “Hoy el 94% de los infectados se encuentra en Africa, Asia y América Latina, lo cual nos habla de un riesgo diferencial de contraer esta enfermedad de acuerdo con el continente donde se haya tenido la suerte de nacer” (Bloch, 29). En líneas generales, la epidemia se presenta como predominantemente urbana, aunque paulatinamente se ha estado extendiendo al ámbito rural.

El VIH-sida en Argentina

En el caso puntual de la Argentina, nuestro país se encuentra en el segundo lugar de incidencia de casos de sida en América Latina, detrás de Brasil. Todas las provincias cuentan con casos de sida, aunque la Capital Federal, Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba concentran la gran mayoría.

Si bien la mayor parte de las personas infectadas o enfermas es de sexo masculino, la relación entre casos femeninos y masculinos ha ido variando

ostensiblemente en los últimos años, hasta el punto de que en la actualidad uno de los grupos más vulnerables a la infección es el de las mujeres adolescentes. Además de ser, desde el punto de vista biológico, más vulnerables a la enfermedad – la mujer es receptora del semen y las mucosas de la vagina son más permeables al virus³ -, existen factores del orden cultural que desfavorecen la posición de las mujeres frente a la epidemia. Muchas veces las mujeres no pueden negociar el uso de preservativo por parte de sus parejas, ya sea por falta de poder en la relación, por temor a la violencia, al abandono o por una cuestión de educación, ya que en los países más pobres, las tasas más altas de analfabetismo o de baja educación están representadas por el sexo femenino.

En cada sociedad hay una manera dominante de entender lo femenino y lo masculino que muchas veces es un obstáculo para llevar adelante una vida sexual segura. Por ejemplo, la idea de que el varón, además de ser heterosexual, debe estar “siempre listo” y demostrar su masculinidad, lo lleva a no poder rechazar una relación sexual aun cuando pueda ser riesgosa.

En cambio, a la mujer se le suele adjudicar un rol pasivo –de inexperiencia o inocencia– por el cual no debería llevar preservativos ni proponer su uso. Contradictoriamente, recae en ella la responsabilidad de adoptar métodos anticonceptivos. Esta representación social de lo femenino reduce la sexualidad de las mujeres a la función reproductiva, quitándoles la posibilidad de pensar su cuerpo desde el placer, privilegio reservado sólo a los varones.

En el momento de la aparición y durante los primeros años de su existencia (incluso en muchos lugares en la actualidad sigue siendo así), el sida se presentaba como una enfermedad mortal, pero en los últimos años se ha generado una serie de avances notables en el tratamiento de la infección por VIH.

Por ello, porque es una enfermedad que tiende a la cronicidad, el sida hoy puede ser considerado como una enfermedad tratable y que no lleva necesariamente a la

³ “Las mujeres son, en efecto, biológicamente más vulnerables a la infección del VIH y de otras ETS por la fragilidad de la mucosa vaginal (las mujeres jóvenes tienen una mucosa vaginal más inmadura) y por la

muerte, por lo menos en el corto plazo. Sin embargo, el acceso a los tratamientos no es en todas partes una cuestión sencilla de resolver. La Argentina provee de la medicación a las personas infectadas que requieren tratamiento, pero en muchos países la posibilidad de acceder a los medicamentos se realiza en forma diferencial. Al respecto, el Dr. Cahn (1999, 208) afirma:

La creciente disparidad y distancia entre las características del HIV/sida en los países industrializados – en donde el sida se ha vuelto una enfermedad controlable – y los países en desarrollo – donde la epidemia causa cada vez un mayor impacto – ha dado como resultado el que nos enfrentemos a dos epidemias.

El VIH-sida y la pobreza

Tal como afirma Bloch, los factores sociales se vuelven determinantes de esta enfermedad. Los índices de positividad lo confirman, en tanto la mayoría de las personas infectadas o enfermas poseen un nivel educativo bajo. Al respecto, las palabras de Bloch (1999, 30) resultan más que gráficas:

La incorporación de las relaciones sociales como determinantes del proceso de salud-enfermedad-atención es imprescindible para la comprensión de enfermedades como el sida, porque, como lo expresa Cahn (1993), “si el sida es virus, linfocitos, infecciones oportunistas, tumores, caquexia y demencia, no es menos cierto que el sida es también sexo, droga, prejuicio, discriminación, temor al contagio, estigma, persecución, escarnio y aislamiento”, es decir, elementos que producen jerarquías sociales junto a la ubicación socioeconómica de las personas. De modo que, considerar estas variables resulta fundamental para entender por qué la expansión de la enfermedad no se da en forma homogénea en toda la población.

Por ello es fundamental tener en cuenta las variables sociales en un análisis integral de la epidemia, en tanto el sida se está volviendo cada vez más una enfermedad que afecta a aquellas personas con menores recursos socioeconómicos. A medida que la población se va empobreciendo, suele suceder que las condiciones de salud de sus integrantes vayan empeorando. Por otra parte, algunos especialistas sostienen que el no haber completado el secundario incrementa las posibilidades de contraer la enfermedad, en comparación con aquellas personas que sí lo hubieran completado.

larga exposición del semen en la vagina” (*The Boston Women’s Health Book Collective*, 2000, 394).

Por otra parte, en lo que hace a las vías de transmisión del virus, en Argentina, la vía sexual y el hecho de compartir agujas y jeringas entre usuarios de drogas intravenosas se han constituido en los principales factores de vulnerabilidad a la epidemia.

Los primeros casos que se detectaron, a fines de los '70, se caracterizaron por manifestarse en dos grupos poblacionales: los adictos a drogas intravenosas y los homosexuales masculinos. Ello llevó a que se vinculara la enfermedad a esos grupos particulares a los que se llamó "grupos de riesgo". Un ejemplo está representado por los usuarios de drogas intravenosas, que es una población poco visible y lleva a cabo conductas catalogadas como ilegales y estigmatizadas. Empero, lo que sucedió fue que progresivamente el virus comenzó a aparecer en individuos que ya no se circunscribían a los grupos mencionados: varones heterosexuales, mujeres, niños.

Un dato interesante en la historia de esta epidemia es que, en un primer momento, había una relación directa entre el alto nivel de instrucción y la enfermedad en casos masculinos. Pero, desde comienzos de la década del '90 la enfermedad se diversificó. La epidemia empezó a estar cada vez más asociada al bajo nivel de instrucción y ello significó lo que Bloch denomina "masificación" de la epidemia". "Esto es, la incorporación de sectores que inicialmente estaban escasamente involucrados en la epidemia: las mujeres, los heterosexuales, los jóvenes, las personas alejadas de los grandes centros urbanos y los sectores más deprimidos socioeconómicamente" (Bloch, 54).

El fenómeno del sida, desde el mismo momento en que se presentó, nos ha dejado muchas enseñanzas. Por ejemplo, sabemos que cualquier persona, desde el punto de vista biológico, es susceptible de contraer la enfermedad, pero al mismo tiempo, ha quedado comprobado que algunos grupos se han vuelto más vulnerables que otros. Las personas más desfavorecidas desde el punto de vista económico, social y cultural, los jóvenes y las mujeres, por nombrar a algunos, se encuentran en una situación de vulnerabilidad creciente frente a la posibilidad de infectarse. "En otros términos, el pobre, el excluido por el sistema, el vulnerable, recibe un doble castigo adicional a su

condición de tal: está más expuesto al riesgo de contagiarse y una vez enfermo no accede a los estándares de cuidado que la ciencia establece pero las sociedades retacean para la mayoría” (Cahn, 1999, 210).

Pero junto a la pobreza, los factores de vulnerabilidad frente al VIH-sida se potencian por la exclusión social, las inequidades entre los géneros, la violación de los derechos, el abuso físico o la explotación sexual.

O sea que, si quisiéramos hacer una genealogía de esta enfermedad, podríamos decir que se trata de una epidemia que surgió a fines de los ´70, que lo visible en un primer momento fue que implicaba a hombres homosexuales, luego a bisexuales y, por ende, a las mujeres, para ir comprometiendo simultáneamente a los usuarios de drogas intravenosas que hacían un uso compartido de agujas y jeringas. Hoy estamos en condiciones de sostener que las relaciones heterosexuales no protegidas y el uso compartido de jeringas y agujas por parte de los usuarios de drogas endovenosas se han constituido en las formas de transmisión más importantes de la actualidad.

De esta manera, creemos haber dejado en claro que esta epidemia se ha consolidado entre las comunidades más desprotegidas, al tiempo que ha ido afectando cada vez más a las poblaciones jóvenes, de niños y mujeres más vulnerables social, económica y culturalmente. Ante la presencia de graves problemas económicos, la población que padece las peores condiciones de vida difícilmente puede destinar parte de sus ínfimos ingresos al cuidado de su salud. Si a ello le sumamos los problemas de acceso a una buena educación, nos encontramos con sectores de la sociedad nítidamente más vulnerables a la enfermedad.

Al igual que lo que sucedió con otras enfermedades de transmisión sexual, el sida es disparador de un sinnúmero de representaciones sociales como casi ningún otro fenómeno. Desde que apareció y se conocieron las formas de transmitir el virus, pronto se asoció este nuevo fenómeno a otras enfermedades sexuales, tales como la sífilis y la gonorrea. De ese modo, el sida retoma de la historia social de éstas ciertos aspectos que las habían caracterizado durante la época victoriana, como la aficción de aquellos grupos que – según se asegura o se aseguraba - de manera intencional transgreden la

moral.

Como afirma Swenson (1983), cuando se produce la aparición de una nueva enfermedad que genera importantes trastornos, se produce una serie de fenómenos que suelen ser comunes a través de los distintos momentos históricos. El autor reconoce que en primer lugar se presenta la renuencia a aceptar a la enfermedad; pero una vez que se la reconoce como epidemia – y tal es el caso del sida, que ya constituye una pandemia-, existe una clara tendencia a culpar a algo o alguien por ella. Posteriormente veremos por qué suceden estas cosas.

La mirada de la ciencia

El discurso médico y el epidemiológico han desempeñado un papel muy importante en la detección del virus, su tipificación y en los sucesivos tratamientos que han ido descubriendo para tratar el virus y la enfermedad. Sin embargo, los más de veinte años de esta epidemia han dejado evidencia de que se vuelve necesario contemplar, además de los factores clínicos y epidemiológicos, dimensiones sociales, económicas, políticas, culturales e históricas que completen y enriquezcan la cosmovisión clínica de una enfermedad de las características del sida.

Siguiendo el razonamiento de Chalmers (1982), el conocimiento científico debe ser entendido como aquel saber probado, cuya capacidad radica en predecir y explicar los objetos que estudia. Pero, en el ámbito de la salud, el conocimiento no debe restringirse al territorio de lo biológico. El estudio científico también debe valerse de variables sociales, psíquicas e históricas, ya que el contexto donde se da el proceso de salud-enfermedad se vuelve fundamental para comprender el fenómeno estudiado.

Por ello, además de la visión médico-clínica, sería importante incorporar categorías propias de otras disciplinas, sobre todo si se tiene en cuenta que en la actualidad la epidemia afecta en forma creciente a los países más empobrecidos y a los grupos más vulnerables al interior de cada nación. “La aparición del sida y su ubicación como una de las nuevas enfermedades vinculada con la pobreza, nos coloca frente a una

patología en la que las determinaciones clásicas para explicar el binomio enfermedad-pobreza no son suficientes para dar cuenta del desarrollo de esta epidemia” (Bloch, 90).

El discurso científico

De acuerdo con la definición de un diccionario de Epidemiología (Last, 1988), ésta debe ser definida como “el estudio de la distribución y los determinantes de los estados o eventos relacionados con la salud en poblaciones específicas y su aplicación al estudio para el control de los problemas de salud”. Sin embargo, el proceso salud-enfermedad de la epidemia del sida no puede ser encarado únicamente desde el punto de vista epidemiológico: necesita incorporar una multiplicidad de miradas, puesto que el fenómeno social que implica esta enfermedad es complejo, contextual y fragmentado.

La epidemiología parte de la consideración de que el hombre responde a los decretos de su raciocinio y que se comporta de modo pragmático, siguiendo índices que aportan a sus conductas previsibilidad y certidumbre. Por ello, como recuerda Weller (1999), en torno de la problemática del VIH-sida, la epidemiología introduce la noción de “riesgo” y, consecuentemente, la idea de “conductas de riesgo” para, de esa manera, considerar que se debe suministrar información racional a la población para que reduzca o evite las acciones riesgosas.

Así, muchas veces se ha partido del supuesto de un sujeto que sería “deficitario”, pasivo y sometido a un discurso racional. Castiel (1996, 92) afirma que “habría entonces una limitación crucial de reflexión en cuanto al sentido de lo humano en la cultura científica, que se dirige preferencialmente a un conocimiento cuantitativo, parcial y fragmentador en busca de previsibilidad y control”.

Al mismo tiempo, acordamos con Grimberg, (1995) cuando sugiere que también es necesario analizar las representaciones que se tejen en torno del conocimiento y de la práctica médicas, pues esas representaciones están inmersas en determinada normatividad, que es la preponderante, la del discurso médico hegemónico y que en algunas circunstancias puede expresar relaciones de poder, puesto que el discurso médico-científico da sustento y legitimidad a la verdad social y política. Esa

construcción médica y social del VIH-sida y la noción de conductas de riesgo se sostienen en otra construcción moral que las antecede, donde lo "normal" se propone desde la heterosexualidad puramente reproductiva.

En el proceso de salud-enfermedad-atención, en tanto construcción social, intervienen en forma condicionante las representaciones y las prácticas, ya sean de los profesionales como de los múltiples actores sociales, aunque el modelo médico resulta siendo hegemónico por la posición de poder/saber que ocupa en las relaciones sociales. Esto da lugar a representaciones que generan diferentes procesos de significación y efectos de sentido determinados: por ejemplo, en determinadas circunstancias se produce un refuerzo del disciplinamiento y de la normatización social que puede desencadenar actitudes de estigmatización y discriminación hacia determinados grupos y prácticas sociales.

De esta manera, ciertas categorizaciones “normatizantes” proponen una relación de pareja estable, fiel y monogámica como reaseguro para evitar la infección; en otras palabras, condenan la multiplicidad de parejas y castigan a la homosexualidad por considerarla patológica. Se refuerzan así los estereotipos y los etiquetamientos atribuidos a poblaciones y grupos a partir de nociones de sentido común que resultan hegemónicas en un lugar y tiempo determinados, sin contemplar en absoluto el contexto donde se dan las prácticas sociales. Se obtiene entonces un efecto paradójal: intentando prevenir, lo que se consigue es aumentar la vulnerabilidad.

El VIH-sida y la visión clínica del proceso

El sida ha generado una serie de fenómenos que no se ciñen al ámbito de la medicina, o que, mejor dicho, lo trascienden con notoriedad. Por tratarse además de un síndrome que en su comienzo no permitió a la medicina clasificarlo fácilmente, el sida fue inaugurando diferentes enunciaciones discursivas que procuraban estudiarlo y tipificarlo.

El discurso médico se ha caracterizado por perseguir la necesidad de rotular sus

objetos de estudio y de explicarlos fehacientemente. Pero, en esta oportunidad, el fenómeno del sida no le ha facilitado las cosas. “El saber médico, cuya función principal es el proceso de diagnóstico-tratamiento y cura, está en jaque” (Domínguez Mon, 1997, 53). El surgimiento de este nuevo síndrome ha generado una serie de incertidumbres para la medicina, concretamente en lo que se refiere a su móvil fundamental, que es nada menos que la búsqueda de la cura. Por ello, progresivamente, el discurso médico fue adquiriendo nuevas categorías de análisis que no eran hasta entonces características de su disciplina. Como afirma Mon, “la construcción médica del paciente está determinada por el contexto histórico institucional. Ser gay infectado o enfermo de sida adquiere significados diferentes para los pacientes y para el personal de salud, que fue incorporando nuevas categorías de clasificación social”.

Al mismo tiempo, Grimberg, Margulies y Wallace (1997, 109) introducen algunos elementos que nos resultan fundamentales para el análisis. Los autores sostienen que “las representaciones médicas engloban el conjunto de categorizaciones-prescripciones que organizan las características de las prácticas profesionales. Es decir, las categorías, metodologías y procedimientos obtenidos en la formación profesional que se desarrollan a través de la ejecución de la práctica”.

Estas representaciones se valen entonces de técnicas y elementos teóricos que se plasmarán en la búsqueda del diagnóstico, tratamiento y/o prevención de las enfermedades.

Pero lo que debemos tener en cuenta es que en todas las formaciones discursivas, médicas o no médicas, se hallan presentes marcas culturales, sociales, políticas e ideológicas que graban a fuego cada fenómeno discursivo.

La hegemonía del modelo médico ha posicionado en forma privilegiada el tratamiento de las enfermedades y el uso y abuso de los medicamentos, cuando quizás otras disciplinas u otras dimensiones debieron intervenir con sus aportes para no descuidar algunos factores que influyen notoriamente en el proceso de salud-enfermedad, tales como las condiciones socio-económicas y las variables subjetivas de cada persona.

Cabe aclarar que no estamos sosteniendo que la medicina o la visión clínica del sida debían o deban atender por sí solas a los factores que no corresponden a su campo científico: simplemente ponemos el acento en la necesidad de un trabajo interdisciplinario capaz de generar una mirada integral a un fenómeno de la complejidad del VIH-sida.

Paulatinamente, estas variables han sido revalorizadas por la estrategia de la Educación para la Salud, cuya preocupación se centra en recuperar a los actores sociales como “sujetos de derecho”, reivindicando fundamentalmente la necesidad de gozar de buena salud por parte de todos los ciudadanos. Así, cada persona puede apropiarse de las leyes que la amparan y, consecuentemente, defender su derecho a ser atendida en sus necesidades y problemas concernientes a la salud.

Al posicionarnos con cada actor social e individual como “sujeto de derecho” se impone incorporar el derecho a la salud como sostén del accionar en Educación para la salud, en el que la toma de decisiones tienda a la democratización de los vínculos en los efectores de salud y en las estrategias intersectoriales y comunitarias que se impulsen... (Lorusso y Cabral, 2000, 6)

De una manera o de otra, todo esto no hace más que poner de manifiesto la complejidad que el fenómeno del VIH-sida acarrea: la medicina tradicional enfoca al problema desde su propia lente, con la legitimidad y el respeto que el ejercicio de la disciplina se ha ganado a lo largo de la historia, mientras que en forma progresiva van surgiendo valiosas alternativas, que promueven la interdisciplinariedad y una participación más activa de todos los implicados por el virus y/o la enfermedad.

De todas formas, debemos tener en claro -como lo señala Grimberg- que la medicina ha desempeñado un papel central en tanto proporciona el sustento científico que permite legitimar las definiciones y categorías de análisis de muchos aspectos de la epidemia. Y ello se debe a que, desde el proceso de secularización de las culturas occidentales iniciado en el siglo XVIII, la ciencia se erigió en la principal fuente de verdad social y eso constituye un fenómeno de notable trascendencia que no es posible desconocer.

Marco conceptual

Comunicación en Salud (dimensión disciplinar)

Concepto

Como hemos apreciado, el sida se ha erigido en un fenómeno de índole social que involucra, además de los saberes médicos y epidemiológicos, aportes de variadas disciplinas que amplían el prisma e indagan sobre otras problemáticas tan trascendentes como las que se refieren a su estudio clínico. Una de las miradas posibles sobre el fenómeno del VIH-sida es la que corresponde al **campo de la Comunicación en Salud**.

La comunicación en Salud se asume como una disciplina cuya finalidad es la elaboración de proyectos de comunicación - enmarcados en alguna política, plan o programa de salud - tendientes a promocionar hábitos y conductas de vida saludables. También se propone promover la adopción de conductas preventivas y la promoción de servicios y prestaciones de salud para incrementar el conocimiento en la población, fundamentalmente entre aquellos que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad más profundas.

Además de erigirse en una disciplina con un campo de aplicación propio, la comunicación en salud también puede ser entendida como un proceso que, teniendo en cuenta el contexto social y cultural donde desarrollan su vida las personas, promueve determinados cambios de comportamientos, de conceptos y de algunas actitudes frente al ámbito de la salud, apelando preferentemente a estrategias que refuerzan conductas positivas y promueven beneficios.

Historia. Los primeros pasos

La Comunicación en Salud se conforma como un campo interdisciplinario a principios de la década del '80 en Estados Unidos y, mediante una comunicación

eminentemente masiva, se propone generar cambios y forjar conocimientos en torno a la adopción de prácticas más saludables. Pero el camino para llegar a esa definición no fue tan sencillo. Numerosas posiciones y puntos de vista - a veces opuestos - fueron desempeñando un papel importante en la definición de este campo de la Comunicación en Salud.

En la década de 1950, en pleno período de posguerra, surgió la necesidad de indagar sobre los modos adecuados de transición de la sociedad tradicional a la moderna, fundamentalmente en aquellos países que se encontraban con severos problemas para acceder al desarrollo. Así fue como se concluyó que una vía fundamental para contribuir al desarrollo de las sociedades pasaba por el perfeccionamiento de la comunicación social. Se estimaba que la comunicación, en tanto agente promotor de desarrollo, contribuiría a mejorar las condiciones de aquellos países rezagados en el orden mundial.

De esa manera, la Comunicación para el Desarrollo surgió en Estados Unidos al culminar la Segunda Guerra Mundial y, paulatinamente, sus recetas fueron extendidas a Latinoamérica – como consecuencia de la Alianza para el Progreso - hacia principios de los años '50, mediante el incentivo de programas de promoción de la agricultura, la educación y la salud. Este último ámbito se desarrolló bajo una disciplina conocida como Educación Sanitaria, aplicando prescripciones muchas veces tomadas del conductismo, con estrategias comunicacionales basadas en los principios de la teoría de la persuasión.

En referencia a dichos principios de “persuasión”, a comienzos de la década del '70, Everett Rogers calificó a la comunicación para el desarrollo como: “El proceso por el cual una idea es transferida de una fuente a un receptor con la intención de cambiar su comportamiento. Por lo general, la fuente quiere alterar el conocimiento del receptor sobre alguna idea, crear o cambiar su actitud hacia la idea, o persuadirlo de que adopte la idea como parte de su comportamiento normal”. (En Fox y Coe, 1998, 36).

Lo que sucedió fue que en muchas oportunidades, esas recetas conductistas que provenían de países centrales como Estados Unidos, aplicadas en la comunicación

social en países subdesarrollados, no consiguieron los resultados esperados. Por ello es que para fines de los setenta surgió la necesidad de incorporar un proceso de comunicación más interpersonal y comunitario, sustentado fundamentalmente en la necesidad de una mayor participación de la comunidad en ese complejo proceso de la comunicación en salud.

Las bases para un nuevo campo

Así fue como tomó fuerza lo que se conoce como Promoción de la Salud, en un intento por superar una visión un tanto funcionalista de la comunicación en salud. “El objetivo principal de la promoción de la salud es la acción social para la salud. Procura crear y reforzar las condiciones que permiten a las personas tomar las mejores decisiones sobre su salud y las alienta a que vivan vidas saludables” (Fox y Coe, 1998, 39).

Sin embargo, el conductismo siguió ejerciendo sus influencias en este terreno, ya que la promoción de la salud sustentó su legitimidad en la capacidad atribuida al conocimiento –generado a través de la persuasión - para transformar los comportamientos de las personas. Pero la experiencia mostró que el conocimiento solo no alcanzaba para transformar las prácticas que se consideraban dañinas: hacía falta toda una red de organizaciones, políticas y programas que fomentaran, además de comportamientos saludables, la participación más activa de las personas y las comunidades en el proceso de promoción de la salud.

Así, la promoción de la salud será el resultado de la suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminadas al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva. (Malo, 1998, 31)

En la misma senda, la comunicación social - como veremos más adelante - pasa a ser vista como una estrategia que trasciende la transmisión de información y que incorpora elementos de educación, participación de la ciudadanía y la promoción de audiencias con una capacidad más crítica. Lo que se busca entonces es que la persona a la que se le habla, asuma decisiones voluntarias, siempre y cuando encuentre en el

mensaje determinada utilidad. “Por consiguiente, sólo adoptarán nuevas ideas y prácticas cuando reconozcan, entiendan y valoren la importancia que éstas tienen, utilizando las ideas o consejos que consideren pertinentes y desechando aquellos que no entiendan o que no consideren apropiados” (OPS, 1985, 3).

De esta manera, esos espacios, el de la Comunicación para el Desarrollo en general y el de la Educación Sanitaria en particular, fueron perdiendo legitimidad y eficacia para dar lugar a la Comunicación para la Salud. Progresivamente fue cobrando importancia la programación rigurosa de los procesos de comunicación: se puso mayor énfasis en la investigación y en el conocimiento de las audiencias, así como en el estudio de los efectos que los mensajes producían en ellas. Un proceso de mayor democratización de la comunicación, sustentado en una mayor participación del público destinatario (los estudios de efectos y los *pretest* servían para corregir el rumbo de las campañas) fue tomando lugar desde principios de la década de 1980.

Vista como proceso social, es un mecanismo de intervención para generar, a escala multitudinaria, influencia social que proporcione conocimientos, forje actitudes y provoque prácticas favorables al cuidado de la salud pública. Como ejercicio profesional, la comunicación para la salud es el empleo sistemático de medios de comunicación individuales, de grupo, masivos y mixtos, así como tradicionales y modernos, como herramientas de apoyo al logro de comportamientos colectivos funcionales al cumplimiento de los objetivos de los programas de salud pública. (Beltrán, 34)

Desde la planificación...

Como se puede apreciar, la comunicación es vista desde este último punto de vista como una estrategia fundamental para prevenir enfermedades y muertes, cuyo objetivo pasaría entonces por conseguir la comprensión de los problemas de salud pública y la adopción sistemática por parte de la población de comportamientos saludables.

Esta nueva corriente – la de la Comunicación para la salud – que, como dijimos cobró fuerza desde principios de la década del ´80, fue estableciendo criterios y pautas que sirvieron de guía para diferentes programas, tales como la utilización más moderada de la teoría de la persuasión, el estudio, descripción y segmentación de las audiencias y

el desarrollo sistemático de programas que seguían esa orientación.

En 1986, la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud la definió como “el proceso de facultar a las personas para que aumenten el control que tienen sobre su salud y para mejorarla”. La Carta establecía, además, que los medios de comunicación son actores claves para la promoción de la salud. (Coe, 1998, 26)

... hacia las campañas

Asimismo, la Comunicación para la Salud fue hallando sustento en varias áreas para implementar aquellos criterios que la identifican. Esas áreas son: la comunicación organizacional, la educación de los medios, el periodismo especializado en salud y el marketing social.

En la misma senda, se concebía que la teoría de la persuasión –en una versión más moderada- podría facilitar, en el ámbito de las campañas de comunicación para la salud, los cambios de comportamientos, es decir, el paulatino reemplazo de aquellas conductas capaces de ocasionar un daño a la salud por hábitos de vida más saludables. Asimismo, y como parte de dicho proceso, los medios desempeñaban un papel fundamental para que posteriormente el objetivo se viera reforzado por la comunicación interpersonal y comunitaria. En ese camino, la Comunicación para la Salud incursionaba en los medios masivos a través de la planificación e implementación de campañas de prevención.

Por definición, **una campaña no es otra cosa que un elemento de comunicación que se diseña, generalmente, para persuadir al público destinatario, para lograr adhesión o para motivarlo a que actúe – si está de acuerdo con el contenido del mensaje - de determinada manera frente a un tema en particular.** Como sostienen Weiss y Cardoso (2003, 10), para cumplir con su fin, una campaña puede valerse de distintos soportes comunicacionales, como los afiches, las afichetas, los folletos, los mensajes radiales, televisivos o gráficos, la comunicación interpersonal, las carteleras, los stands y otros medios más.

De una manera o de otra, lo que persigue una campaña es despertar interés en un número importante de personas. Para ello, puede tener como objeto instalar determinada opinión pública sobre un tema específico, o bien, procurar modificar algunas conductas o actitudes. Asimismo, una campaña pretende informar a la comunidad, conseguir su apoyo o, simplemente, promocionar algún producto, servicio o actividad. “O sea, una campaña es un conjunto de medios y de acciones dentro de un programa o proyecto general que tiene plazos concretos y que persigue un mismo fin” (Weiss y Cardoso, 2003, 19).

Mientras que las campañas publicitarias proyectan promocionar o vender un producto o servicio, las de tinte político buscan promover a algún candidato o partido. Por su lado, las campañas de bien público cuya temática es la salud – como sería el caso de una que apunte a prevenir la infección de VIH-sida – no poseen fines de lucro y tienen un carácter educativo, sustentado generalmente en la promoción de actitudes y comportamientos saludables para la población. Siguiendo a Guillermo Caro (1995), la campaña de bien público puede ser entendida como la “propagación de mensajes cuyo fin es lograr una mejor calidad de vida mediante técnicas y medios de difusión, creando conciencia y modificando conductas, a través de la formación, cambio o refuerzo de la actitud de la sociedad”.

Al mismo tiempo, surgía la necesidad de sensibilizar a los distintos actores con capacidad para tomar decisiones en torno a las políticas, planes y programas de comunicación social. Por ello fueron tomando desarrollo procesos recurrentes de “abogacía o sensibilización” con el objetivo de otorgarle prioridad al tema de la salud pública en el ambiente político de cada comunidad o nación. Según Gloria Dávila de Vela (1988, 40), “el producto de estos esfuerzos de *advocacy* deberían expresarse en cambios en la legislación y reglamentación, o en el aumento del presupuesto para el sector salud, o en una más enfática decisión política para ejecutar programas”.

Se buscaba con ello instalar como prioridad el tema de la salud pública en la agenda política de los distintos gobiernos, pero también se pretendía generar nuevos procesos de participación. La salud pública dejaba de ser vista como una responsabilidad absoluta del Estado y de sus gobiernos: implicaba simultáneamente a la

población destinataria de las políticas, pidiéndole que se involucrara y se movilizara para exigir un acceso universal a las prestaciones y a los servicios y en defensa de sus derechos a la salud.

Algo más que “espectadores”

Otra de las instancias privilegiadas la Comunicación para la Salud es la del **estudio y segmentación de las audiencias**, cuyo objetivo pasa, fundamentalmente, por conocer lo mejor posible al público destinatario y definir de acuerdo a las necesidades los canales más pertinentes para comunicarse con ellos. “El público destinatario se segmenta para identificar grupos más amplios de personas que comparten valores similares, tienen las mismas creencias o tienen en común atributos claves que repercutirán en su atención y en su respuesta a la información sanitaria” (Coe, 1998, 27).

Sin embargo se verificó que, en algunas ocasiones, la persuasión no resulta la mejor estrategia para la comunicación en salud. A modo de ejemplo – y poniendo foco en nuestra temática en particular - el sida pone en escena elementos del orden de la psique, de las emociones, de la relación entre la pareja que implican un proceso mucho más complejo que la simple persuasión. Como afirma Bernardo Kucinski (1998, 32), “fracasaron muchas campañas contra el sida, concebidas según el principio de persuadir a las gentes a cambiar de actitudes y de estilos de vida, conforme el recetario de las campañas sanitarias tradicionales”.

Como afirman Weiss y Cardoso (23), es importante que las campañas de bien público en general y las enfocadas en la prevención del VIH-sida en particular, sigan determinados pasos, tales como estudiar a la población destinataria, identificarla y, en base a un diagnóstico socio-comunicacional profundo, definir objetivos, medios y estrategias.

En otras palabras, el proceso de planificación de proyectos y de programas de comunicación en salud, como puede ser una campaña masiva de prevención, requiere de determinados pasos fundamentales para su realización. El primero de ellos es el análisis

o periodo de diagnóstico, seguido del diseño estratégico de la campaña. Posteriormente se pasa a la producción de materiales, con el respectivo pretest que posibilite implementar los cambios necesarios antes de la ejecución. Una vez finalizado dicho proceso puede pasarse a la elaboración de los mensajes, la implementación de la campaña y, finalmente, la evaluación de la misma, la cual debería contar - de ser posible - también con la participación de los destinatarios de ese producto comunicacional. Este punto es de vital importancia porque es el que permite saber dónde poner el énfasis, consolidar las virtudes del proceso y, fundamentalmente, corregir a tiempo los errores cometidos. A su vez, en base a dicha evaluación podrán sacarse conclusiones que faciliten el trabajo a futuro y enriquezcan el proceso en forma participativa. Para ello, nadie mejor entonces que el mismo público al que se destina la producción, tanto por una cuestión ética como por una razón de carácter operativo y estratégico.

Como vemos, aquellas prescripciones que nacieron con la Comunicación para la Salud, emparentadas con una visión conductista del comportamiento de las personas, generaron análisis y reflexiones tanto a favor como en contra de su pertinencia.

Nacido como una corriente que seguía la tradición del positivismo científico, el conductismo aplicado a la comunicación en salud entendía que el *quid* de la cuestión pasaba por modificar a través de la persuasión aquellas conductas que podían ocasionarle un daño a la salud de las personas. Partiendo de conductas previsibles, el conductismo – mediante la aplicación de sus técnicas – aspiraba a obtener resultados también previsibles. Lo que sucede es que ese afán de previsibilidad no siempre funciona, en tanto cada individuo no suele responder de la misma manera a los estímulos que le vienen del medio.

El hecho de que ciertos comportamientos se consideren anómalos o enfermizos en algunas culturas, mientras que en otras es normal y sano, o que cierta configuración familiar es un “problema” en algunas culturas y no lo es en otras, son juicios que tienen una base cultural y no tienen un valor absoluto. Los argumentos de la ciencia positivista sobre la neutralidad, la objetividad y la generalidad son, por consiguiente, imperfectos. (Fox y Coe, 1998, 36).

Con la subjetividad en juego

Se concluyó entonces que la persuasión por sí sola no servía para modificar conductas. Paulatinamente se fueron incorporando otras variables que concebían a los sujetos como entidades más complejas y que requerían de una planificación y de un análisis mayores.

Las estrategias de comunicación en salud fueron definiendo un *target* o audiencia específicos para, posteriormente, tener en cuenta diferentes dimensiones que permitieran llegar con mejor eficiencia al público destinatario. De ese modo, las estrategias comunicacionales contemplaban determinados estímulos físicos, racionales y emocionales donde operar, además del respeto por los valores, creencias y principios de las personas y del contexto cultural donde se desenvuelven. Ya no se trataba entonces de un modelo tan lineal como el precedente sino que asumía una mayor dificultad para generar en el público un cambio de actitud y de comportamiento.

La simple difusión de información ya no alcanzaba. A ella había que sumarle la promoción de nuevas habilidades, nuevos espacios de entendimiento y de diálogo. Tomando en cuenta estrategias que contemplaran los planos emocionales y placenteros de cada subjetividad, recién allí podía intentarse persuadir al público de que intentara asumir nuevas conductas, actitudes o conceptos en forma más autónoma y voluntaria y con un carácter más permanente. Mediante el establecimiento de una población objetivo de las campañas, se procuraba desarrollar estrategias de prevención en salud, sustentadas fundamentalmente en actividades de comunicación interpersonal, comunitaria y presencial, reforzadas por campañas en los medios y por una estrecha articulación con la prensa especializada en salud.

Cuando escribimos sobre temas de salud nos preguntamos para quién escribimos o hablamos. Producir o escribir para una audiencia determinada y anticiparnos a su reacción y a sus preguntas puede ser muy productivo para nuestros medios de comunicación. Un periodismo en salud que sólo planteé problemas y peligros es un periodismo incompleto. Nuestros públicos nos demandan respuestas y orientaciones claras, no sólo denuncias y problemas. Hay que decir qué hacer para evitar enfermedades y complicaciones. Hay que ayudar a la gente a sentirse bien, a vivir mejor. Y esto lo están descubriendo los medios masivos más importantes. (Epstein, 1998, 47)

El proceso de salud-enfermedad-atención, históricamente percibido como una

dimensión de exclusivo carácter médico, comenzaba a presentar la necesidad de valorizar a la comunicación en la trascendente relación médico-paciente. A modo de ejemplo, un lenguaje excesivamente técnico o monosémico no puede resultar conveniente para comunicar información sobre enfermedades, métodos de prevención o cualquier avance de la ciencia. La comunicación aplicada a la salud podía sugerir entonces apelar a funciones emotivas y utilizar un lenguaje más llano, con el que el público destinatario pudiera sentirse un poco más interpelado.

Asimismo, fueron generándose discusiones en relación al modo en que debía comunicarse determinada información, por ejemplo, indagando sobre la pertinencia de implementar **estrategias que infundieran el miedo o la amenaza u otras que apelaran al beneficio** para asumir determinados comportamientos y desechar otros. Con respecto a esto, Isaac Epstein (1998, 46) afirmaba:

Tenemos que animar a la gente a cambiar comportamientos, mostrando los beneficios que van a obtener con el cambio. Lo que van a ganar. Por tanto, una información de salud que asuste, que meta miedo, no va a ser tan atractiva como aquella que nos diga lo que vamos a ganar. Sólo un ejemplo: “Camine 10 minutos diarios y se verá más joven” es mejor titular que decir “Camine 10 minutos diarios y evitará un infarto”.

Asimismo, surgieron inquietudes acerca de cómo debían desempeñarse los medios masivos, uno de los soportes comunicacionales más trascendentes en las últimas décadas. Muchas de esas discusiones permitían concluir que los medios de comunicación poseen una capacidad notable de mediación con la sociedad, por la posibilidad que presentan de promover ideas y representaciones a través de diferentes canales o soportes. Además, dado que son parte intrínseca de la cultura en la que están inmersos y que contribuyen a reproducir, los medios muchas veces permiten que el público destinatario se identifique o cuestione determinados comportamientos que corresponden a sus modos de vida.

Sin embargo, los medios de comunicación no deben ser entendidos solamente como vehículos de transmisión de información, sino como co-creadores de comprensiones de lo social, proveedores de horizontes de interpretación de lo cotidiano y puntos singulares de producción e intercambio de sentidos. Ello significa que los medios de comunicación en las sociedades modernas son escenarios de representación de lo social. (Rey y Restrepo, 1996, 31).

De esta manera, perdía fuerza aquella visión que contemplaba a los medios como herramientas de persuasión capaces de instalar una única mirada sobre las cuestiones. Las audiencias comenzaban a ganar protagonismo gracias al reconocimiento de su capacidad de inaugurar nuevas significaciones o de resemantizar los mensajes transmitidos por los medios masivos.

Al mismo tiempo, los procesos de evaluación de las campañas de prevención fueron enriqueciéndose a través de la incorporación de distintas fases y de elementos de investigación y conocimiento de las audiencias, como las encuestas de línea de base, las de seguimiento o efectos de las campañas, evaluaciones del grado de exposición de las audiencias a dichas campañas, testeos del recuerdo espontáneo de los mensajes, la pertinencia de cada fuente de información, la evaluación del contenido de cada spot, etc.

En resumen, la Comunicación en Salud se fue constituyendo como un campo interdisciplinario que nació por la necesidad de poner en práctica políticas, planes, programas y proyectos de comunicación aplicados al ámbito de la salud, fundamentalmente, para promover en la población hábitos de vida saludables y, consecuentemente, reducir la posibilidad de que las personas enfermen o deterioren su calidad de vida. A su vez, los procesos de planificación fueron ganando complejidad y cada una de las etapas de implementación se fue tornando decisiva, con objetivos y características específicas.

Como hemos visto, la constitución de dicho campo fue un proceso lento y progresivo, con metodologías y concepciones que fueron variando de acuerdo a los resultados obtenidos y al aporte que distintas disciplinas fueron realizando. Con una mirada eminentemente funcionalista y conductista al comienzo, la Comunicación en Salud fue incorporando estrategias que reivindicaban en mayor parte la capacidad de los sujetos de asumir decisiones voluntarias y más autónomas, en función de la utilidad que pudieran percibir en los mensajes que se le comunicaban. Así, las audiencias dejaban de ser vistas como masas amorfas a quienes inyectarles información: además de jugar un papel más participativo, los públicos destinatarios ganaban reconocimiento en cuanto a su capacidad crítica y a su poder de resignificar y de inaugurar nuevos procesos de

significación en torno al cuidado de su salud.

Comunicación social (dimensión de sentido)

Una vez examinado el proceso de constitución del campo de la Comunicación en Salud, creemos interesante ampliar el desarrollo sobre las especificidades que ofrece la comunicación como disciplina, en otras palabras, abordar ahora su dimensión constitutiva: la construcción social del sentido.

Como vimos anteriormente, en la relación que se teje entre la comunicación – entendida como disciplina- y las políticas sociales, no es menor el papel que pasan a ocupar los medios masivos de comunicación en las últimas décadas, los cuales se convierten en un fortísimo espacio de representación simbólica. "Cuando hablamos de **medios** nos referimos a todo tipo de soporte, convencional y nuevo, que activa el intercambio simbólico entre los hombres; del teléfono y la televisión a los cd-roms e Internet" (Ford, 2001). Por tal motivo la comunicación no se restringe al proceso de transmisión desde un emisor hacia un receptor. El problema es mucho más complejo.

Concepto

Si bien no podemos perder de vista que los medios de comunicación poseen un lugar central en nuestra sociedad, nuestra cultura no se encuentra completamente massmediatizada, en ella un lugar muy importante lo ocupa la comunicación directa o interpersonal. Es decir, **la comunicación no se restringe a lo que sucede en los medios**, también implica las diversas formas en que los hombres se comunican, ya sea por contacto cara a cara, a través del lenguaje oral y escrito, por medio de sus sistemas no verbales, de la gestualidad y sus movimientos, de sus sentidos, a través de la ocupación del espacio, etc. A su vez, la comunicación es un campo interdisciplinario, un soporte simbólico, parte constitutiva de la cultura y vehículo del intercambio social a través del cual se gana, se pierde y se disputa el sentido. Se trata de un terreno de confrontación, pero también de consenso, de una lógica de articulación de discursos y

de un dispositivo de la representación, entre tantas cosas más.

Entonces, **la comunicación se convierte en un proceso de producción social de sentido**. En cualquier práctica social, en todo proceso de interacción estamos construyendo sentido, por ende, estamos comunicando. “Así, la comunicación social, bajo sus aspectos interindividuales, institucionales y de masas, aparece como condición de posibilidad y de determinación de las representaciones y del pensamiento sociales” (Jodelet, 1999, 12).

Si entendemos entonces que mediante las prácticas comunicacionales, mediadas o interpersonales, construimos y disputamos el sentido, estamos en condiciones de afirmar que mediante la comunicación se construye un universo de sentido.

Al mismo tiempo, podemos identificar distintos modos de comunicarnos entre los hombres, es decir, distintas relaciones comunicacionales: *interpersonales* o *intersubjetivas*, *grupales*, *institucionales*, *locales* y *masivas*, entre otras. Como sabemos, para que se dé cualquier proceso de comunicación es necesaria la participación activa de al menos dos sujetos. Por ello, el proceso comunicacional no puede restringirse a la simple transmisión de información, pese a que esta última es un componente fundamental de dicho proceso, en el que cualquier ser humano tiene derecho a recibir información confiable y veraz.

Siguiendo la conceptualización propuesta por Weiss y Cardoso (2003, 10/14), “comunicación deriva de los vocablos latinos *communicare* y *communicatio*: acción mediante la cual, lo que era propio y exclusivo de uno viene a ser participado por otros. Significa, entonces, hacer común a otros algo y hacerse partícipe o entrar a formar parte de aquello”. En estos términos, comunicar

(...) es algo más que informar, transmitir mensajes de un punto a otro: es informar y significar, es transmitir y, a la vez, hacer compartir sensaciones e ideas a un receptor, que conserva sus derechos de aceptar, rechazar, mantenerse indiferente o pasivo, o bien crítico o activo, frente a los mensajes que recibe (Weiss y Cardoso, 14).

Comunicación y cultura

Simultáneamente, la comunicación es una dimensión constitutiva de la cultura, entendiendo a ésta "... como campo de las creencias, los saberes, las cotidianidades, las destrezas y también como territorio de la construcción de sentido sobre nuestra subjetividad, sobre nuestras diversas prácticas sociales. En este sentido comunicación y cultura son términos inseparables..." (Ford, 2001, 2).

Como sabemos, la subjetividad es constituida, en parte, por el individuo mediante la interpretación de la interacción de sí mismo con los demás y también por la interpretación de los otros sobre el individuo. Por ello es que debemos contemplar el estudio del lenguaje oral, que es multirreferencial e intencional, pero también las diversas formas de la conducta expresiva. Cada individuo, en tanto actor social, posee roles a cumplir y el contexto situacional donde la comunicación se desarrolla se vuelve trascendental. La comunicación es contextual: ningún significado es fijo ni unívoco sino que el universo de sentido se teje siempre mediante prácticas consensuadas colectivamente: de allí que hablamos de la comunicación como un proceso de construcción social de sentido.

Los procesos comunicacionales se manifiestan a través de **discursos**, que son "configuraciones de sentido identificadas sobre un soporte material" (Verón, 1987). Cualquier proceso de construcción de sentido, cualquier proceso comunicacional, tiene un sustento material, un soporte que puede ser la palabra hablada, un texto escrito, una producción fílmica, audiovisual, radial, el cuerpo, etc.

Los sujetos se hallan inmersos en procesos comunicacionales que se dan en su contexto más próximo, en los mitos y ritos, en los discursos donde cobra materialidad la cultura. Los sujetos se constituyen así, individual y colectivamente, a partir de la trama discursiva en la cual los sentidos ya instituidos operan en la forma del ser y del actuar social. "Nuestro acceso a la cultura y a las culturas se produce precisamente a través de esa red constituida por los fenómenos discursivos que se manifiestan en las prácticas sociales. Esto es lo que nos permite, desde la perspectiva de la comunicación, constituir a estas prácticas en objeto de nuestro análisis" (Uranga y Bruno, 2001, 7).

Producción y reconocimiento

En todo texto, ya sea escrito, oral, televisivo, radial, etc., están presentes las marcas que dan cuenta de dos seres, como los califica Eliseo Verón, “virtuales”, el enunciador, o la imagen que el productor construye de sí mismo y el destinatario, o la imagen que el productor da, nuevamente en el texto, de su supuesto receptor. Enunciador y destinatario son entidades discursivas diferentes del emisor y destinatarios reales.

De hecho, cuando se hace referencia a la estrategia enunciativa utilizada en tal o cual producción discursiva, ésta no es otra cosa que la manera en que se construye a lo largo del texto - las campañas de prevención, por ejemplo - la figura del enunciador, del destinatario y la relación que entre ellos se establece. Un análisis del discurso implica dar cuenta de la figura del enunciador, conocedor del tema y que quiere dar información, cómo la da y el destinatario que construye, si está o no familiarizado con el tema, si se lo plantea como un receptor ignorante o conocedor del asunto, etc. En otros términos, se trata de profundizar el análisis del discurso indagando sobre el **contrato comunicacional** (estrategias enunciativas) que se ha puesto en juego para comprender cómo se produce, circula y se consume el discurso. Como veremos en el desarrollo del trabajo, en cualquier proceso discursivo es posible rastrear las figuras del enunciador y del destinatario. Pero también el análisis permite establecer una segunda relación, que es la que se establece entre el soporte de cada discurso y su proceso de recepción, denominada por el autor como el “contrato de lectura”. “La relación entre un soporte y su lectura reposa sobre lo que llamaremos el **contrato de lectura**...En el caso de las comunicaciones de masa, es el medio el que propone el contrato” (Verón, 1985, 3)

Desde nuestro punto de vista – retomando preceptos de la Comunicación en Salud en tanto disciplina - la comunicación es entendida como un proceso permanente de negociación del sentido y, por ende, este último no puede estar depositado en un emisor "sabelotodo" que informa a un receptor pasivo. Tanto en la instancia de producción – en el diseño y la confección de un spot televisivo o, por ejemplo, de

cualquier material de prevención de VIH-sida - como en la de reconocimiento existe y se disputa el sentido. La persona a quien está destinada un mensaje no asume pasivamente la información sino que otorga sentido e inaugura un proceso continuo de resignificación.

Los receptores realizan una tarea activa y diferencial, seleccionando y desechando determinados mensajes, dándoles un sentido y descartando otros, inaugurando nuevas significaciones o distorsionando las propuestas.

Tenemos así, como lo afirma Michel de Certeau (1995), estrategias productivas pero también tácticas practicantes, capaces de manifestar espacios de antidisciplina o no acatamiento y que pueden oponerse al orden prefigurado en producción, puesto que la recepción siempre se da desde una subcultura determinada. Así, a partir de las apropiaciones y reapropiaciones que los usuarios realizan de los productos mediáticos, se vuelve indispensable incorporar también el resto de los elementos fundantes de la comunicación: lo oral, lo ordinario, lo gestual, etc.

Lo propio del lenguaje

Los mensajes nunca cierran el proceso de producción y circulación de sentido, por el simple hecho de ser polisémicos, de ser disparadores de innumerables procesos de significación. Un discurso, producido por un emisor determinado en una situación determinada no produce un único efecto de sentido sino un campo de efectos de sentido posibles. Unos efectos se producirán en unos receptores y otros efectos en otros. En resumen, se produce sentido tanto en producción como en recepción, sin perder de vista que las clases hegemónicas disponen de mayores posibilidades de influir sobre la producción discursiva.

En este terreno, es necesario destacar **el papel que desempeña el lenguaje**, en tanto es el medio a través del cual se generan las representaciones en el pensamiento. Como afirma Hall (1998, 151), el lenguaje es por naturaleza polisémico y multirreferencial: aquello que es representado puede ser construido de múltiples maneras. El lenguaje no guarda una relación lineal con el objeto representado sino que

tiene la capacidad de generar diversas significaciones acerca del referente que procura representar. El lenguaje es ya aquel que permite la multiplicidad de discursos, con las consecuencias que ello implica: habrá entonces diferentes posicionamientos, miradas y ubicaciones, habrá un discurso del trabajador, otro del intelectual, otro del Estado, otro del estudiante y tantos otros.

De esta manera, cada actor social asumirá un rol determinado y actuará, en ciertas ocasiones, de acuerdo al modo en que haya definido aquella situación mediante el discurso. Las significaciones, los imaginarios y las representaciones no tienen una relación fija e inmutable con sus referentes sino que son cambiantes, de modo que dan lugar a un constante proceso de resignificación.

Debemos entonces comprender que el lenguaje es un elemento constitutivo y fundamental de la comunicación, porque es a través de él que nos representamos el mundo. Y en consonancia con esto es que los receptores podrán otorgarle un sentido distinto al que se propone en producción, tanto por el carácter polisémico y multirreferencial del lenguaje como por la capacidad de resignificar que poseen las audiencias de los mensajes. Recordemos, reivindicando la tesis de Verón, que estamos inmersos en un permanente proceso de construcción del sentido y que existe sentido tanto en producción como en reconocimiento.

Por ejemplo, los discursos audiovisuales – y dentro de estos las campañas masivas de prevención - construyen así una configuración de sentido que es cultural e ideológica pero que no finaliza con la producción del mensaje. “Leer y mirar televisión, entonces, viene a ser un proceso de negociación entre el espectador y el texto” (Fiske, 1987). Serán los receptores quienes completen, en cierta manera, esa red semiótica de significación pero, al mismo tiempo, quienes podrán construir sus propios sentidos de la cultura, en una forma de resistirse a lo que supuestamente se les quiere imponer. Sin embargo, esta reivindicación del papel activo de las audiencias no debe ser exagerada ni tampoco se debe descuidar el mensaje ideológico que conlleva el texto. Es decir, es necesario adoptar una posición que incorpore tanto la mirada puesta sobre el texto polisémico como la atención dirigida a la multiplicidad de la audiencia pues, que las audiencias sean activas no quiere decir que tengan poder.

Discurso, lenguaje y metáforas

A esta altura podemos afirmar que todo discurso pone de manifiesto distintas categorías y formulaciones conceptuales y, obviamente, el discurso que gira en torno a la Comunicación en salud, y puntualmente el estructurado a partir de las campañas masivas de prevención de VIH-sida, no es la excepción a la regla. En éste se puede identificar la utilización de una terminología determinada, así como la de diversas categorías analíticas.

De más está decir que toda formación discursiva puede ser analizada desde diferentes perspectivas, por ejemplo: a qué campos remite, qué ideas predominan, cuáles son los **conceptos centrales**, etc. Ahora bien, y más allá de las especificidades, esto no nos permite dilucidar qué es aquello que se constituye como núcleo de un concepto o, para decirlo de otro modo, cuál es el “corazón” del mismo.

Como es de suponer, en esta búsqueda de la “esencia” conceptual es posible toparse con múltiples y distintos intelectuales que, desde diferentes perspectivas, trabajan dicho tema. Entre ellos se encuentra Emmánuel Lizcano, autor que en uno de sus textos parafrasea a Nietzsche, a fin de definir – en consonancia con el filósofo - que “bajo todo concepto hay latiendo una metáfora” (Lizcano, 1996,138). Con esta idea Lizcano da el puntapié inicial a partir del cual poder vislumbrar algunas de las operaciones presentes en la producción conceptual y, por lo tanto, propias de la orientación discursiva.

El autor sostiene que los conceptos tienen su origen en lo metafórico, o, más aún, ellos mismos son metáforas: figuras retóricas que se utilizan para representar, nombrar, denominar o identificar hechos, acontecimientos, ideas, pensamientos, etc.. Es decir, producciones que están en lugar de otras cosas, que implican una determinada manera de nombrar, un modo particular de decir, o incluso algo más profundo aún, ya que “más que metáforas que decimos, son metáforas que nos dicen. Nos dicen lo que debemos ver y lo que no, la manera en cómo debemos verlo, lo que debemos sentir y lo que no, así como la manera en que debemos sentirlo” (Lizcano, 142).

A partir de esto sostiene que la fuerza de los conceptos que utilizamos habitualmente radica en que ocultan su origen metafórico, en que no hacen evidente que están en lugar de... sino que, por el contrario, se muestran como si dieran cuenta de las cosas tal cual son, como si fueran el reflejo fiel de la pura realidad. El orden metafórico, basamento de la organización conceptual y de los discursos que la cristalizan, se convierte en un campo de negociaciones de significados, en donde la lucha de poderes e intereses que constituyen su punto de partida se desvanece detrás de la sintaxis, quedando en su lugar conceptos que, en muchas ocasiones, no remiten ni dan cuenta de sus condiciones de producción. De esta manera las metáforas van dando forma a nuestros pensamientos, a nuestras conductas y modos de ver el mundo, o dicho de otro modo, a las representaciones, significados e imaginarios sociales.

Representaciones, significados e imaginarios sociales.

Como venimos dando cuenta, **las representaciones sociales** no son cosas que anden dando vueltas por allí, sino que tienen sustento, se materializan y manifiestan en los discursos que circulan en cada formación social. Apelamos a la definición que da Grimberg (1992, 109), según la cual “por representación social entendemos la articulación entre los modos de percibir, categorizar y significar-dar sentido”.

Concepto

Las representaciones sociales se sustentan en la ideología de una formación social determinada y se articulan en discursos colectivos, habitualmente compartidos por la sociedad. Es decir, las instituciones sociales, la ideología y las normas (explícitas o tácitas) de una formación social dejan huellas que los discursos luego cristalizan en representaciones capaces de interpelar a las diferentes subjetividades. “Las representaciones sociales, compartidas por los miembros de una cultura, se ofrecen, por su carácter codificador, como una matriz que da un argumento y organiza la fantasmática que permite la distribución y asignación de posiciones a cada uno de los

miembros del grupo de que se trate” (Kordon & Edelman, 1995, 46).

O sea que, en cualquier cultura existen y circulan representaciones que son siempre de índole social que suelen funcionar como predominantes. Cada individuo o grupo internaliza determinados imaginarios y elabora sus propias representaciones psíquicas. Posteriormente, esas representaciones las reproducirán, las cuestionarán o las desacreditarán, pero siempre estarán influenciadas por aquellas representaciones sociales originarias.

Las representaciones sociales, en muchas oportunidades, funcionan como creencias. Operan como verdades para un colectivo en un momento determinado y tienen la capacidad de funcionar como procesos de inteligibilidad social; es decir, materializadas en los discursos que circulan en una formación social, las creencias o las representaciones sociales adquieren la capacidad de direccionar miradas o de operar como mecanismos de interpretación y valoración de los fenómenos sociales.

Algunas creencias y representaciones sociales inauguran operaciones ideológicas, siendo esto factible por el hecho de que la propia creencia es una operación ideológica capaz de instituir una certeza sobre algún aspecto o situación de lo social (y de todos los ámbitos que lo constituyen), consiguiendo, muchas veces, que su significación funcione como un horizonte de referencia difícilmente cuestionable.

Discurso y representaciones

Como dijimos en el capítulo anterior, los discursos son siempre polisémicos, es decir, poseen múltiples significados. En palabras de Veron (1987) los discursos son parte de la semiosis social, de un proceso de construcción social de sentido en el cual el sentido nunca se va a agotar, en tanto que las condiciones de producción de dicho discurso son siempre diferentes a sus condiciones de reconocimiento. Diremos una vez más que los receptores de cualquier fenómeno discursivo resignifican e instalan nuevos sentidos, dinamizando de esa manera la semiosis social.

Debido a esta dinámica es que las representaciones sociales no operan como

significados cerrados y estáticos, sino que pueden ir variando de un momento a otro. Por más que algunas operen como creencias compartidas, ellas mismas están destinadas a mutar y a dar lugar a nuevas representaciones y creencias que las resignifiquen.

Los conceptos y las figuras de un discurso poseen una multiplicidad de significaciones. Debido a esta capacidad de pluralidad referencial que, como ya mencionamos, posee el lenguaje es que las categorías que lo integran adquieren sentido sólo dentro de cadenas significantes, en donde nunca el sentido “circula” de la misma manera. Por el contrario, y citando nuevamente a Hall (1998, 152), diremos que el lenguaje no es unívoco sino que es intrínsecamente multirreferencial: no establece conexiones lineales y permanentes con sus referentes, al contrario, genera diversas significaciones de las relaciones sociales. De esa manera se da lugar a la posibilidad de resignificación y de circulación de nuevos sentidos, ya que si bien determinadas concepciones se erigen como las predominantes y se presentan como naturalizadas ante los actores sociales, no hay nada que indique que los discursos que las materializan sean los únicos a través de los cuales se puede dar cuenta de las relaciones sociales.

En suma, la superficie discursiva nunca se organiza a partir de un modo preconcebido ni de una vez para siempre. Por el contrario, podemos decir que su estructuración es un proceso permanente y nunca acabado en el que se constituyen distintas formaciones discursivas, las cuales funcionan como las condiciones de posibilidad de los encadenamientos significativos que se generan a partir del entrelazamiento de las significaciones.

Significaciones sociales imaginarias

Emparentada estrechamente con el tema de las representaciones sociales se encuentra la noción que introduce Castoriadis (1981) de las “**significaciones sociales imaginarias**”. Castoriadis afirma que el sentido y la significación son una creación humana y no algo que viene determinado por la cosa misma. La existencia material de las cosas o de los objetos no proviene de los sujetos pero sí su sentido. El sentido entonces es una institución social. No hay en las cosas un sentido natural ni existe algo que lo determine, lo que no quiere decir que el sentido que se instituye sea

completamente independiente de las cosas. Nunca el proceso de institución de significaciones imaginarias es independiente del mundo real, pero nunca es una determinación de éste; es una creación.

Atribuimos sentido no a lo que las cosas son en sí sino a lo que significan para cada uno en un contexto y en una época determinadas. Las significaciones sociales imaginarias varían de una sociedad a otra, sencillamente porque las relaciones prácticas de cada cultura son diferentes e instituyen otras significaciones particulares; por ello los sentidos no dichos aún son “posibilidades abiertas indeterminadas”.

Según Castoriadis, lo que mantiene unida a una sociedad es la “institución de la sociedad como un todo”, refiriéndose a las creencias, valores, lenguaje, normas, procedimientos de hacer las cosas, prácticas que son comunes a los miembros de una sociedad. La institución social produce individuos que a su vez reproducirán esa institución; o sea que las múltiples instituciones particulares conforman la institución de la sociedad como un todo. Lo que da unidad a todo ello es el magma de significaciones sociales imaginarias, las cuales “son, por ejemplo, espíritus, dioses, Dios, polis, ciudadano, nación, estado, partido, mercancía, dinero, capital, tasas de interés, **tabú, virtud, pecado**, etc.” (Castoriadis, 1981, 4).

Estas significaciones son imaginarias porque no corresponden a elementos reales, están dadas por creación y son sociales porque existen gracias a la institución por un ente colectivo “impersonal y anónimo”. La institución de la sociedad es la que determina aquello que tiene sentido y lo que no lo tiene, aquello que es real y aquello que no lo es, donde cada significación social imaginaria remite a un nuevo haz de significaciones sociales imaginarias y así es como se construye el sentido. Las cosas son sociales porque encarnan significaciones sociales, las cuales dan coherencia a la sociedad.

En resumen, las significaciones sociales imaginarias no son lo que los individuos piensan o se representan sino aquello por medio de lo cual y a partir de lo cual los individuos son constituidos en individuos sociales, capaces de formar parte del hacer, del decir y del representar de una sociedad.

Ello lleva a que los individuos piensen, actúen y se representen cosas semejantes, que una parte de las significaciones imaginarias sociales hallen un equivalente en los individuos, en sus pensamientos, acciones y representaciones.

Imaginarios sociales

Si hablamos de las representaciones y de las significaciones imaginarias sociales, debemos necesariamente incorporar otra noción que se encuentra estrechamente relacionada, que es la de "**imaginarios sociales**". El imaginario es la facultad que posee la imaginación de generar un producto que se diferencia de lo real. Adhiriendo a la definición de Martini y Halpern (1998), los imaginarios se vinculan con la formación de grupos, ya sean poco numerosos o extremadamente amplios como el de una nación o sociedad que, en el momento de construir representaciones de un "otro", posibilitan que el grupo comparta una imagen de sí mismo en relación con la proyectada sobre los otros. Ingresamos así al terreno de la alteridad, de la otredad.

Se construye un imaginario propio, una referencia a un colectivo al que nos integramos simbólicamente y un imaginario del otro, que es diferente. El imaginario es una construcción cultural, histórica, comunicacional y opera en función de instituciones sociales y por actores sociales, con el fin de interpretar e interpelar al mundo. De esta manera el imaginario da pie a hablar de un nosotros y de un ellos y definir comportamientos en función de dichas definiciones.

Como afirmamos anteriormente, en los procesos de interacción que se dan entre los miembros de una sociedad, el grupo social construye la imagen y la representación de sí mismo y de otros grupos, dando cuenta de la percepción del mundo social. "Se puede decir que el imaginario es el conjunto de imágenes, la representación hecha de memoria, experiencias y proyectos y/o utopías, de que se vale un grupo social para explicar, organizar, ordenar el mundo social, situarse y actuar en él. Es una construcción tanto consciente como inconsciente" (Martini y Halpern, 1998, 3).

Imaginario “masivo”

Como el imaginario se materializa en discursos, no es menor el papel que ocupan los medios - y uno de sus productos, las campañas audiovisuales - en introducir nuevos imaginarios o en consolidar otros ya existentes, ya que si bien no son habitualmente ellos solos los que determinan de qué hablar, sí tienen capacidad de potenciar ciertas cuestiones una vez que han sido internalizadas por la opinión pública. Algo similar sucede con los imaginarios, ya que el impacto que generan sobre las mentalidades está subordinado a su difusión y a los medios de que disponen para su divulgación.

El imaginario es una categoría difícil de aprehender y marcada fuertemente por el sello de lo tradicional, en el sentido de perdurar y cambiar de manera más lenta que la opinión pública, por ejemplo. Se puede cristalizar en símbolos y emblemas, en mitos y hasta en refranes. La tarea de rastreo e identificación de las representaciones sociales en un momento determinado de la historia de una comunidad es posible a través de su literatura, su arte, sus formas básicas de organización social, en el registro de sus prácticas sociales habituales, en sus productos massmediáticos. (Martini y Halpern, 5)⁴

El imaginario genera así un sentido de pertenencia y provoca la adhesión a un sistema de valores y creencias, de principios comunes y, subrepticamente a veces y otras en forma más manifiesta, opera en la interiorización por parte de los miembros de la sociedad de determinados modelos que organizan la vida colectiva y las redes de significaciones.

⁴ (Subrayado nuestro)

Marco Metodológico

- **Objetivo**

Detengámonos en la última cita del capítulo anterior:

La tarea de rastreo e identificación de las representaciones sociales en un momento determinado de la historia de una comunidad es posible a través de su literatura, su arte, sus formas básicas de organización social, en el registro de sus prácticas sociales habituales, en sus productos massmediáticos.

¿Por qué retomamos esta frase?, porque entendemos que en ella se encuentran condensados, precisamente, el objetivo y el enfoque de nuestro trabajo. A fin de ser más explícitos, recordaremos el planteo de nuestra problemática que, si bien fue enunciada en la introducción de este escrito puede a esta altura resultar útil evocarla: “La construcción social del complejo VIH-sida, presente en las campañas masivas de prevención (audiovisuales) que implementó el Estado nacional argentino dentro del período 1989-1998”.

Desglosemos ahora este enunciado o, para ser más claros, juguemos en simultaneidad con lo definido por Martini y Halpern: “La construcción social (*representaciones sociales*) del complejo VIH-sida, presente en las campañas masivas de prevención (audiovisuales) (*productos massmediáticos*) que implementó el Estado nacional argentino (*una comunidad*) dentro del período 1989-1998 (*en un momento determinado de la historia*)”. Como podemos apreciar, nuestra propuesta de trabajo no es infinita ni ilimitada, por el contrario – y teniendo en cuenta la inconmensurabilidad de discursos que circulan y constituyen las representaciones, significaciones e imaginarios sociales – apuntamos a identificar (*tarea de rastreo*) la construcción representacional que, sobre la problemática del VIH-sida, se estructuró desde las campañas masivas de prevención (audiovisuales) elaboradas por el Estado a nivel nacional en un determinado período.

- **Estrategias**

Así como la finalidad de aquello que llamamos marco teórico (o marco conceptual) es “dar a la investigación un sistema coordinado y coherente de conceptos y proposiciones que permitan abordar el tema” (Sabino, 1986, 56), entendemos que el marco metodológico cumple una doble función: por un lado, situar al lector explicitándole los objetivos y las estrategias puestas en práctica; dicho en otras palabras, exponer a *dónde* se quiere llegar y *cuáles* son los pasos propuestos para tal fin; por otro lado (pero al mismo tiempo) es un ejercicio en la escritura que se torna necesario, en el afán de acotar un objeto de estudio y de conseguir claridad y precisión para un trabajo de investigación y recopilación, como intenta ser la presente tesina.

- **Corpus:**

El primer paso, a fin de dar el puntapié inicial en el *trabajo de rastreo*, fue organizar el corpus sobre el cual realizamos el análisis. Tal como se desprende del planteo efectuado más arriba, nuestra tarea parte de una producción ya existente, la cual debía ajustarse a los límites anteriormente expuestos: campañas – masivas – de prevención – audiovisuales – elaboradas desde el Estado nacional – en torno al complejo VIH-sida -entre 1989-1998. Teniendo en cuenta dichos parámetros el corpus de campañas quedó constituido de la siguiente manera:

Año 1991 = “Cantan los notables” (una única publicidad).

Año 1992 = “S;DA! que no te sorprenda” (conformada por un video educativo denominado “Un camino para dos” y cinco spots publicitarios).

Año 1998 = “Sillón blanco” (conjunto de veintidós publicidades).

Una vez especificado el corpus, se procedió a la desgrabación y reproducción textual (en términos de fidelidad con el original) de cada una de las tres campañas, pues hemos organizado y centrado el análisis, para decirlo de algún modo, en el

orden de la oralidad. En otras palabras, hicimos mayor hincapié en “lo dicho” que en “lo visual”, no porque desmerezcamos este plano sino por dos razones:

- a) Fines analíticos (seguir acotando el campo de análisis),
- b) Hacer foco en lo discursivo, pero circunscrito al texto hablado, teniendo en cuenta (ver Marco Teórico) que las representaciones, significados e imaginarios sociales (**construcción social**) se materializan en las formaciones discursivas y es a partir de ellas desde donde se puede realizar el trabajo de rastreo.

- Las variables:

Como se desprende del apartado precedente, destinado a las conceptualizaciones teóricas, hablar de Comunicación en Salud (precisamente porque nuestra problemática es el VIH-sida) implica, al menos, hablar de dos dimensiones constitutivas de la comunicación: la que dimos en llamar disciplinar y aquella que definimos como construcción de sentido y que apunta, fundamentalmente, al proceso de semiosis social (definida por Verón como el proceso de construcción social del sentido) y su correspondiente institución de imaginarios. Con esto, podemos decir entonces que tenemos los siguientes “elementos” puestos en juego:

- a) un corpus determinado (circunscrito temática y temporalmente)
- b) dos dimensiones comunicacionales (batería de diversos conceptos y definiciones teóricas)

Ahora bien, y este es el corazón del *trabajo de rastreo*, resulta necesario indagar cómo se combinan ambos “elementos”, o dicho de otro modo, cómo poder *identificar* el universo conceptual que presuponen ambas dimensiones comunicacionales en el corpus seleccionado. Obviamente no hay una única modalidad o metodología de abordaje para tal fin, las opciones pueden ser varias y en esta oportunidad hemos considerado conveniente definir **ejes temáticos**, a partir de los cuales poder:

- a) establecer patrones y parámetros específicos del análisis,
- b) buscar elementos comunes en las diferentes campañas,
- c) arribar a conclusiones comunes a todos los productos.

Como podemos ver, la idea no es abordar las campañas como unidades separadas e independientes unas de otras. Por el contrario, las mismas serán consideradas en tanto discursos sociales interrelacionados, vigentes en un determinado período en torno a una temática en particular.

- Definición de los ejes:

Como ya hiciéramos mención, definir un marco conceptual implica acotar determinada problemática y circunscribirla a un desarrollo teórico sólido que la encuadre para, a partir de allí, orientar el proceso de rastreo e indagación. Así damos paso al marco metodológico, sustentado en la identificación de los ejes: o sea, la definición de un marco específico de análisis que permita caracterizar cuál será el horizonte de nuestra **búsqueda**.

Por lo tanto, hemos configurado algunos ejes analíticos que tienen como principal finalidad rastrear distintos niveles de construcción de sentido. El punto de partida será entonces la identificación de ciertas marcas presentes en los discursos que circularon en torno al complejo VIH-sida. En nuestro caso, los discursos objeto de nuestro análisis están representados por las campañas masivas de prevención anteriormente enumeradas

Al mismo tiempo, lo trabajado hasta el momento en torno a la comunicación en tanto dimensión disciplinar - sustentada fuertemente en los conceptos presentes en la Comunicación para la Salud - (ver Marco conceptual) así como la dimensión representacional (ver Marco conceptual), es decir, la comunicación en tanto proceso de construcción de sentido, nos ha permitido establecer el rastreo de los siguientes ejes:

- 1) **Definición del enunciador y del destinatario** (ej.: contrato de lectura, construcción de la figura del enunciador y del destinatario, etc.).
- 2) **Estrategias de interpelación** (ej.: tipo de apelación predominante: alusión al beneficio o al miedo a la hora de construir los mensajes)

- 3) La **construcción operada a través del lenguaje** (ej.: predominancia del lenguaje figurado, operaciones metafóricas, etc.)
- 4) **Concepto de prevención:** (ej: ideas fuerza, conceptos predominantes, manejo de la información, etc.)

Intentaremos ser más precisos. Decir que efectuaremos el rastreo de dichos ejes en el corpus, no implica que en la práctica buscaremos encontrar los cuatro ejes en todos y cada uno de los materiales que integran las distintas campañas. Por el contrario, *la tarea de rastreo* que proponemos radica, precisamente, en invertir este camino, a saber: a partir de la identificación de distintas marcas (casi a modo de pistas de investigación) en los discursos – tomados en su proceso circular - poder construir ejes temáticos a fin de, posteriormente, establecer relaciones entre dichos elementos en un análisis integrador de los mismos. Paso seguido, desarrollaremos las conclusiones de cada uno de los ejes planteados, a fin de dar cuenta de los hallazgos encontrados y de nuestra visión al respecto (adelantamos que nuestra mirada no se limitará al apartado destinado a las conclusiones de los ejes, sino que irá dando distintos “asomos” a lo largo de toda la tarea de rastreo) .

De este modo, el recorrido desde estos cuatro ejes nos permitirá ir delimitando el camino a fin de conformar el corazón de nuestro trabajo; es decir, dar cuenta – de un modo aproximado, nunca acabado – del proceso de construcción social del fenómeno del VIH-sida. En otras palabras, poder abordar dicha problemática desde al menos cuatro niveles. Pero el proceso no terminará allí, ya que a su vez – lo cual lo hace más interesante aún – los ejes planteados nos brindarán la posibilidad de incorporar otras dimensiones; de perfilar, a partir del trabajo de rastreo realizado, otras posibles derivaciones temáticas o, para ser congruentes con la terminología que venimos utilizando, de transitar otros ejes.

Definiendo de este modo aquello que consideramos el centro de nuestro trabajo y al mismo tiempo lo que podríamos llamar su periferia (derivaciones temáticas), creemos estar en condiciones de poner manos a la obra.

Análisis de campañas

1991 - CANTAN LOS NOTABLES

"Todos nos merecemos vivir mejor / no importa lo que sos/ todos lo lograremos cuidándonos/ importa que sos vos. / Todos podemos dar, / dar y recibir amor / luchemos con conciencia y sin temor. /Todas las esperanzas a defender / todos los amigos a comprender / ofrecé tu ayuda / que hay mucho por hacer / y mucho por crecer / y ganas de vencer. / Vamos a transformar el planeta en sol / la vida llama a tu corazón (todos se toman de la mano y las alzan)."

Placa blanca: dibujo de un corazón con la siguiente inscripción: *Cuidarnos del SIDA no es un acto de dos. Es una lucha de todos.* (leído por una voz en off).

Estructura general:

- Una sola publicidad audiovisual con una duración de 70 segundos.
- La Campaña se encuentra protagonizada por personas representantes de distintos ámbitos, pero con fuerte predominancia del ambiente artístico. Algunos de los participantes son: Menem – Xuxa – Cris Morena – Carlos Calvo – Bilardo – Guillermo Guido – César “Banana” Pueyrredón – Silvio Soldán – Teté Coustarot – Canela – Adelina D’Alessio de Viola – Hugo O. Gatti – Cecilia Zuberbuhler – Dr. Mario Socolinsky – Flavia Palmiero – Guillermo Francella – Avelino Porto – Susana Giménez – Gerardo Sofovich – Patricia Miccio – Julio Bocca – Eleonora Cassano – Luis “Batata” Clerc – Enrique Macaya Márquez – Valeria Linch – Tato Bores – Raúl Portal – Anté Garmaz – Pablo Rago – Javier Portales – Gustavo Bermúdez – Bobby Goma – Juan Carlos Mesa – Diego La Torre – y otros...

- Se coloca como protagonista de la publicidad al entonces Presidente de la Nación, *Carlos Saúl Menem*

Se obvia aludir al Ministerio de Salud (por medio de una leyenda, voz en off, etc.). La centralidad de la figura del Presidente no sólo está dada por representar el máximo poder a nivel nacional, sino por la implementación de una estrategia comunicacional que se materializa a través de los siguientes recursos: a) el estribillo de la canción “*Vamos a transformar el planeta en Sol...*” arranca con el plano de *Carlos Menem* (a quien no se muestra anteriormente), b) cuando se abre el cuadro vemos que el presidente está ubicado en el centro del escenario, c) se encuentra acompañado por la figura televisiva predominante en ese momento (*Susana Giménez*) y por el entonces Ministro de Salud (*Avelino Porto*).

De esta manera, podemos arriesgar que la legitimidad de lo que se dice parece estar sustentada más en quién lo dice que en el contenido en sí, ya que se trata de personas de muchísimo renombre y fama, y donde sobresale la figura del entonces presidente de la Nación.

- El encuadre en el que se desarrolla la publicidad es un estudio televisivo.

No podemos dejar de señalar que tanto la escenografía como los planos de los protagonistas, en donde se los muestra con auriculares entonando diferentes estrofas de la canción, es muy similar a la producción que en la década del ochenta realizó Estados Unidos y que se conoció con el nombre de “*We are the World*”, y que tenía por finalidad brindar un mensaje mundial a favor de los derechos de la niñez.

Si tenemos en cuenta que el eje de la publicidad es la canción, resulta llamativo que en ningún momento de la letra se mencione la palabra sida, más aún, tampoco se hace referencia directa o indirecta a dicha problemática – ni a ninguna otra –.

Si no fuera por el slogan que aparece al final de la publicidad, el dibujo de un corazón con la leyenda “*Cuidarnos del SIDA no es un acto de dos. Es una lucha de todos*”, nadie se daría cuenta de que esta publicidad tiene por finalidad brindar un mensaje de prevención de VIH-sida. Esto último no supone un dato menor, pues que un spot de prevención del sida no contenga un mensaje que hable de dicha enfermedad implica toda una connotación en sí misma.

En primer lugar, podemos decir que esta campaña de algún modo materializa, hace evidente la negación a hablar e instalar determinados temas como, por ejemplo, el VIH-sida. Un spot de prevención del sida en el cual no se hace ninguna clase de alusión a las vías de transmisión, a los cuidados y métodos de prevención existentes, a las personas que viven con VIH, etc., estaría indicando que la estrategia de prevención está estructurada en y desde un borramiento absoluto de la problemática en cuestión. Si nos detenemos en la canción, a partir de la cual se organiza la publicidad, veremos que ésta posee una letra que podemos vincular más con el ámbito religioso que con un mensaje tendiente a promover el bienestar dentro de una sociedad. No descartamos que hablar de esperanza, solidaridad y vida pueden ser buenos pilares para construir mensajes sobre VIH, pero una estrategia de prevención en salud no debería reducirse sólo a esto.

¿Pero qué sucede cuando aparece el dibujo del corazón con la frase inscripta “*Cuidarnos del SIDA no es un acto de dos, es una lucha de todos*”? Recién a partir de este momento identificamos la publicidad con una temática en particular y, al mismo tiempo, nos habilita a desglosar e interpretar de un modo diferente la letra de la canción.

Es decir, y aunque suene paradójico, el final del spot es el punto de partida para establecer una relación entre el contenido del mismo y el VIH-sida como problemática abordada, ya que es imposible establecer dicha vinculación antes de la aparición del logo y de su respectiva leyenda. Veamos las estrofas.

Todos nos merecemos vivir mejor... no importa lo que sos...

Todos lo lograremos cuidándonos... importa que sos vos...

Si nos guiamos por la utilización de los términos *sos* y *vos* podríamos decir que el destinatario del mensaje es interpelado directamente, pero creemos que esto se ve matizado, pues dicha interpelación se encuentra eclipsada por la amplitud que reviste ese *Todos* inclusivo. A su vez, tal generalización se hace más contundente a partir de la frase: *no importa lo que sos*.. Si bien se percibe un aparente afán por no discriminar, es decir, de incluir a todos, más allá de sus creencias y condiciones, desde nuestro punto de vista se termina cayendo en una fuerte homogeneización que, con la intención de apelar a la sensibilidad de todos, puede no llegar a sensibilizar a nadie, ya que no tiene en cuenta las individualidades y particularidades de los receptores.

El texto propone que las personas vivirán mejor si toman cuidados. Lo que sucede es que nunca se menciona de qué hay que cuidarse ni cómo hay que cuidarse. Si un receptor recibe un mensaje que desconoce de lo que habla, difícilmente pueda ir internalizando lo que el contenido de ese texto se propone aconsejar.

Todos podemos dar... dar y recibir amor...

Luchemos con conciencia y sin temor...

Todas las esperanzas a defender.... no importa lo que sos...

Todos los amigos a comprender... no importa quién sos vos...

Es evidente el afán por no discriminar: si se solicita ser comprensivo, de algún modo se da por sentado que frente a la problemática del VIH-sida siempre se discrimina. Tener en cuenta la discriminación que sufren las personas que viven con el virus es muy importante - pues implica asumir parte de la problemática – pero, al no enunciar explícitamente las causas de dicha discriminación, se corre el riesgo de naturalizar los procesos de estigmatización, dejándolos sentados como algo propio del sida, como parte constitutiva de dicha enfermedad.

Al mismo tiempo, el mensaje apela a una forma de concebir al ser humano como un ser netamente racional – cuando propone “luchar con conciencia y sin temor” -y, de esa manera, despoja al deseo y al goce del papel trascendental que desempeñan en la vida de las personas. La conciencia es un atributo de los seres humanos pero, en su día a día y en los comportamientos que llevan a cabo, los seres humanos suelen tomar

decisiones que trascienden a los decretos de su raciocinio y que se inscriben más en el territorio de lo inconsciente, de lo afectivo y de lo instintivo. Por ello, proponer que para combatir al VIH-sida – que además ni es mencionado – basta con apelar a la conciencia, aparece en principio como ambicioso y/o arriesgado.

También se deja entrever un pedido de olvidar las diferencias, a fin de unirnos más allá de *lo que somos* y de *quiénes somos*, ante lo cual caben las preguntas de por qué debemos hacer vista gorda a las diferencias en lugar de asumirlas y construir desde ellas, o por qué hay distinciones que serían preferibles eliminar, en lugar de integrarnos sin necesidad de dejar de ser lo que somos.

Ofrecé tu ayuda, que hay mucho por hacer, y mucho por crecer y ganas de vencer...

El desdibujamiento del destinatario se potencia: *¿quién* tiene que ayudar y *a quién?* Si la respuesta es *todos a todos*, podemos decir que suena bastante similar a *ninguno a ninguno*, ya que un mensaje tan desmesuradamente amplio finalmente, y como venimos sosteniendo, no se dirige a nadie.

Es posible seguir formulando preguntas sin respuestas ya que no sólo no nos dicen *quién necesita ayuda*, sino que no nos sugieren *qué hay que hacer*, así como tampoco *por qué* y *hacia dónde hay que crecer*.

Vamos a transformar el planeta en Sol, la vida llama a tu corazón... es por la vida...

Vamos a transformar el planeta en Sol, la vida llama a tu corazón...

Las metáforas abundan y cada vez se vuelven más entreveradas. En la parte final de la canción se proclama dos veces una acción: *transformar el planeta en Sol* y luego se da un aviso: *la vida llama a tu corazón...* Si efectuamos una asociación muy rápida podemos decir que *Sol* se vincula con luz, calidez, brillo, vida; entonces, si se pretende que la Tierra se convierta en Sol, es decir, que posea dichas características, podemos inferir que ésta no las tiene o que *algo* las opaca. Ahora bien, *¿qué* es ese *algo* que

hecha sombra y que oscurece el lugar donde vivimos? A nuestro entender, es el sida, alusión que, sumada a la utilización de vocabulario bélico (...*ganas de vencer...*), presenta a esta enfermedad como una atrocidad. Dicha construcción se efectúa a partir de la cadena significativa oculta que opera en el presente mensaje: *sida = enemigo – guerra – oscuridad*, trilogía que podemos completar con la palabra *muerte*, pues si tenemos en cuenta que nos “alertan” que *la vida llama* (al) *corazón*, estamos en condiciones de preguntarnos ¿por qué sucede esto? o, dicho en otros términos, ¿qué peligro acecha nuestras vidas?

Como ya dijimos, al finalizar la canción, y luego de la imagen congelada con todos los protagonistas tomados y alzando las manos, aparece sobre un fondo blanco un corazón con una inscripción (acompañada por una voz en off): *Cuidarnos del SIDA no es un acto de dos. Es una lucha de todos.*

Si bien se enuncia que el sida no es una problemática que deba limitarse al ámbito de la pareja (*no es un acto de dos*) se recurre, una vez más, a la utilización de un *todos inclusivo* con el peligro de abstracción que éste conlleva y al que ya hicimos referencia. Para finalizar, vemos cómo la terminología bélica (*lucha*) se hace presente nuevamente, con el subsiguiente posicionamiento del sida como opositor a demoler, en lugar de como *hecho social* a asumir y presente en nuestra comunidad.

1992 - S;DA! QUE NO TE SORPRENDA (Publicidades)

Estructura general:

- Son cinco publicidades audiovisuales con una duración individual promedio de 28 segundos.

El Spot 1 dura 24 segundos, el Spot 2 tiene una extensión de 22 segundos, el tercero de 35 segundos y el cuarto y quinto, 28 y 30 segundos respectivamente.

- Cada una de las publicidades que conforman la Campaña finalizan de la misma manera.

Al terminar los spots aparece una placa blanca en la que se inscribe la leyenda: S;DA! (y debajo) que no te sorprenda. Como vemos la I de la palabra SIDA es reemplazada por un signo de admiración de apertura (;) y luego de la A el correlativo signo de admiración de cierre (!), de esta manera la palabra – además de estar en mayúscula – queda encerrada entre dichos signos o bien, para ser más precisos, podemos decir que la palabra en sí misma contiene los signos, que éstos la constituyen. ¿Qué objetivo se persigue con la inclusión de los signos de admiración en el término SIDA? Si bien no conocemos la intención explícita en la utilización de dicho recurso, podemos inferir que una de las finalidades perseguidas es el señalar un alerta, una especie de llamado de atención frente al sida; sobre todo si tenemos en cuenta que dichos signos son rojos, color utilizado habitualmente, por ejemplo, para indicar peligro. A su vez, y a fin de completar este “aviso de riesgo”, vemos cómo la inscripción de la palabra S;DA! es acompañada por un fuerte y compacto ruido metálico, como si fuera un golpe dado con un hierro, por lo cual podemos deducir que no sólo se intenta mostrar al sida como algo que implica peligro, sino que se lo connota también desde la dureza.

En relación a lo arriba mencionado – alertar ante la presencia del SIDA – se da un segundo aviso: *que no te sorprenda*. La alarma de los signos colorados se combina

ahora con un pedido de atención, o dicho de otro modo, se solicita “estar con los ojos bien abiertos” frente a algo que de un momento a otro puede aparecer de improvisto (característica fundamental de la *sorpres*a)

De este modo, y si bien aún no nos adentramos en las publicidades propiamente dichas, ya podemos vislumbrar – teniendo en cuenta la leyenda común en el cierre de los spots – una especie de tono de alerta que apunta a despertar en los receptores sensaciones de temor y, correlativamente, predispone actitudes de defensa frente a la problemática en cuestión.

Por su parte, la segunda persona del singular utilizada en la frase (*que no te sorprenda*) indica un direccionamiento a una persona en particular: ya no somos todos los interpelados (remitámonos al todos “inclusivo” de campañas ya analizadas) sino cada uno de nosotros en particular. Al mismo tiempo, el uso del tuteo podría estar dando cuenta de la apelación a un público joven o, al menos, con el que se tiene o quiere generar confianza.

- Las cinco publicidades se estructuran en cuatro ambientes distintos.

En el *primer spot* se recrea la habitación de una adolescente, en la cual se efectúa un paneo de distintos lugares y de las pertenencias de la joven. También en el cuarto aparecen sus padres embalando y guardando algunas cosas de su hija fallecida.

El mensaje se transmite por medio de una voz femenina en *off* mientras se muestran las imágenes. El *segundo spot* es una secuencia fotográfica con caras de hombres y mujeres. Cada vez que aparece un retrato, el locutor dice el nombre de la persona y hace referencia a *que sale con...* y a continuación dice el nombre de otra persona de la que también se muestra su foto. La publicidad finaliza con la voz en *off* y el mensaje reza : *Una vez que el SIDA entra no sale más*. La *tercera publicidad* es un mensaje / respuesta del Dr. *Alfredo Miroli* que aparece tomado en un plano de perfil (medio pecho) como hablándole a la persona que le hizo la pregunta disparadora. Antes de finalizar, y previo a la placa de cierre común a todas las publicidades, aparece sobre fondo azul la leyenda: “Prof. Dr. Alfredo Miroli. Director del Programa Nacional de

Lucha contra los Retrovirus Humanos – SIDA”. Por último, la *cuarta y quinta publicidades* son protagonizadas por una actriz que encarna el papel de enfermera y que, en ambos casos, está sentada en un escritorio hablándole a cámara.

Spot 1: *Los padres de Ana, alumna destacada, campeona en todo, pensaban que el SIDA era sólo una enfermedad de otros, que según su forma de pensar limpiaban el mundo de drogadictos y homosexuales. Hoy están limpiando el cuarto de su hija. S¡DA! que no te sorprenda.*

El tema central de esta publicidad son los prejuicios; el mensaje da cuenta de la discriminación que sufren las personas que viven con VIH (... *el SIDA era sólo una enfermedad de otros*) así como la rotulación a la que son sometidos por la asociación que se efectúa del sida con prácticas consideradas “anormales” y, por lo tanto, condenadas socialmente (... *según su forma de pensar limpiaba el mundo de drogadictos y homosexuales*). Al mismo tiempo, y en consonancia con esto último, dan cuenta de las consecuencias que trae aparejado pensar que el sida es un tema ajeno (*hoy están limpiando el cuarto de su hija*).

El mensaje argumenta que, vincular el sida con determinados grupos o personas, desvirtúa todo, a tal punto que algunos podrían creer que existen “garantías actitudinales” que nos resguardan de contraer el virus como, por ejemplo, ser una *alumna destacada, campeona en todo*.

Asimismo no queremos dejar de señalar el tono dramático utilizado por la voz en off y que acompaña toda la publicidad.

Spot 2: *Silvia sale con Daniel, que sale con Alejandra, que sale con Carlos, que sale con Ricardo, que sale con Javier, que sale con Valeria, que sale con María, que sale con Miguel, que sale... Una vez que el SIDA entra no sale más. S¡DA! que no te sorprenda.*

Es llamativa la contradicción de mensajes que se vislumbra entre esta publicidad y la analizada anteriormente, sobre todo, si tenemos en cuenta que forman parte de la misma campaña de prevención. En el Spot 1 rescatamos el tratamiento que se efectúa de la problemática del VIH-sida desde una crítica al encasillamiento de las personas que viven con el virus, pero en la presente producción el prejuicio se instala en el centro de la escena: claramente se condenan determinadas elecciones, juzgando el modo de vida por el que optan algunos sujetos.

El texto hace referencia a la promiscuidad y a cómo el virus puede transmitirse de persona a persona como si se tratara de un fenómeno que se desarrolla como un efecto dominó, difícil de detener. Se alza la bandera de la fidelidad y se valora negativamente otro tipo de vínculos personales, construyendo de este modo un tipo de mensaje moralizante y, al mismo tiempo, erróneo, pues mantener relaciones sexuales con una pareja estable - mensaje subyacente - no es en sí mismo un método de prevención. En todo caso sí lo es utilizar preservativos -que, por otro lado, no son mencionados en ningún momento-, los cuales son propicios y factibles de incluir en el acto sexual, más allá de la formalidad o solidez de la pareja en cuestión.

Por su parte, el final de la publicidad deja un mensaje, a su vez, desalentador y paralizante: *Una vez que el SIDA entra no sale más.* Es verdad que el sida es una enfermedad sin cura definitiva, pero adoptar una estrategia de prevención partiendo de la amenaza y del miedo es un problema en sí mismo.

Spot 3: *En SIDA los contactos sexuales ocasionales son riesgosos: una sola aventura puede ser riesgosa. Los preservativos disminuyen notablemente el riesgo, pero su protección no es total. Lo ideal es tener relaciones sexuales acompañadas de un diálogo sincero, buscando la satisfacción de ambos. Es que el SIDA nos plantea una disyuntiva de hierro: amar o no amar.* Placa azul con la leyenda: Prof. Dr. Alfredo Mirolí. Director del Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus Humanos – SIDA. S¡DA! que no te sorprenda.

En consonancia con el Spot 2, esta publicidad perpetúa los prejuicios y la preferencia frente a determinado tipo de relaciones de pareja por sobre otras. El riesgo

es asignado exclusivamente a las *aventuras* y a las *relaciones sexuales ocasionales*. Al mismo tiempo, entendemos como poco favorable que Miroli, como máximo responsable en ese momento de la prevención del VIH-sida, cuestione la eficiencia del preservativo y que, además, deje entrever como método más seguro poseer una relación “estable” que el uso mismo del profiláctico. Creemos que lo “poco favorable” radica en que parte de la audiencia que reciba este mensaje podría dudar de la eficiencia de dicho método y, probablemente, no incorporar al preservativo en sus prácticas sexuales cotidianas. Más adelante volveremos sobre esto.

De este modo, vemos cómo el riesgo, en todo caso, no residiría en las elecciones sexuales sino, en todo caso, en algunos mensajes, pues consideramos que uno de los puntos de partida fundamentales para abordar cualquier problemática humana es asumir los contextos y situaciones concretas en las cuales se desarrolla la vida de los sujetos, y no aquellas que se plantean de un modo idealizado:

Lo ideal es tener relaciones sexuales acompañadas de un diálogo sincero... Ello puede ser ideal, pero no siempre es factible que esto se presente de dicha manera; nos preguntamos ¿y si no se da así?, ¿si no existe *diálogo sincero* en una pareja?, ¿qué sucede?, ¿tiene mayores posibilidades de contraer VIH que otra donde el diálogo es sensato? Claro que no, pues lo que preserva a una pareja de contraer el virus son los métodos de prevención y no la fluidez del diálogo.

Para finalizar, el responsable del Programa Nacional – Dr. Alfredo Miroli –, dice: *Es que el SIDA nos plantea una disyuntiva de hierro: amar o no amar. La dureza (disyuntiva de hierro) vinculada al sida se hace presente una vez más*, con la diferencia que en esta oportunidad no es acompañada por un aviso de alerta (del tipo SIDA!) o un sonido contundente, sino por la presentación de dos opciones excluyentes: *amar o no amar*. En otros términos, pareciera – según sus palabras – que sólo estarían en condiciones de transmitir y contraer sida aquellos que no aman y que no son amados.

Ante esto nos preguntamos: al escuchar este tipo de mensaje, ¿cómo puede sentirse una persona que vive con VIH?, y ¿qué sensaciones tendrá al oír que, por vivir con el virus, es un ser sin amor?. Si bien podemos comprender que conceptualmente una

campaña masiva de prevención de VIH apunta, fundamentalmente, a aquellos que al momento no han contraído el virus, consideramos que esto no justifica la desconsideración, en otras palabras, no tener en absoluto en cuenta que las personas que viven con el virus y/o que han desarrollado la enfermedad son posibles receptores de la campaña o, al menos, “casuales telespectadores”.

Spot 4: *Hombres y mujeres pueden transmitir el virus del SIDA por vía sexual. Toda persona infectada, aunque parezca saludable y no presente síntomas, puede contagiar a otros. Evite contactos sexuales ocasionales con personas apenas conocidas. En caso de tenerlos, recuerde, los preservativos disminuyen el riesgo de contagio. SIDA! que no te sorprenda.*

Al igual que en la publicidad anterior en ésta también se buscó una palabra “autorizada” para abordar el tema del sida, pero a diferencia del spot 3 donde el protagonista es el responsable del *Programa Nacional...*, en este caso se recurrió a una enfermera o, mejor dicho, a una actriz que encarna el papel de enfermera, a fin de que pronuncie el mensaje de prevención.

El spot comienza con una aclaración que apunta a desmitificar al sida como una enfermedad exclusiva de los homosexuales masculinos (*Hombres y mujeres pueden transmitir...*) pero a continuación, y como en los spots anteriores, se habla de la persona que vive con VIH como una persona que *aunque parezca saludable y no presente síntomas puede contagiar a otros*. Obviamente una persona que vive con el virus puede, en determinadas circunstancias, transmitirlo a otros, pero entendemos que no es esto lo que se quiere plasmar en el mensaje sino, en todo caso, la clara división que se establece entre “unos” y “otros”, traducido: “los enfermos” que contagian a otros, “los sanos”.

Al terminar el mensaje, nuevamente, aparece un alerta frente a las *relaciones sexuales ocasionales* y la referencia a la *disminución del riesgo de contagio* si se usa preservativos.

Spot 5: *El virus del SIDA no se transmite por compartir vasos, tazas, platos o bombillas de mate. Tampoco presentan riesgo una pileta de club, un inodoro, un teléfono. La saliva, la transpiración, la orina, las lágrimas no son vías de transmisión del virus del SIDA. No se contagia al dar la mano, al abrazar o al besar. Si vencemos nuestros prejuicios, venceremos al SIDA.. SIDA! que no te sorprenda.*

A diferencia de las anteriores publicidades, esta es la única que menciona prácticas en las cuales no hay posibilidad alguna de transmitir y/o contraer el virus. Como se indica al final del mensaje - *Si vencemos nuestros prejuicios, venceremos al SIDA.*- el objetivo reside en dar cuenta de los pre-conceptos y temores infundados existentes en torno de la problemática del VIH-sida.

Por otra parte, no queremos dejar de señalar la utilización del término bélico (*venceremos*) en la frase de cierre, el cual posiciona al sida como un oponente a derrocar y, consecuentemente, imprimiendo connotaciones negativas a dicha enfermedad congruentes con el aviso de alerta que recorre a la campaña y que ya mencionáramos.

1992 - UN CAMINO PARA DOS (video educativo)

Estructura general:

- La presente Campaña no es una publicidad ni un conjunto de ellas, posee un formato similar al de un video educativo. Su duración es de 31 minutos.

El cuerpo de la Campaña es un mensaje informativo sobre VIH-sida que, a su vez, se divide en tres secciones: Historia, Transmisión y Prevención de la enfermedad. Si bien el eje de cada uno de los apartados mencionados está dado por el relato del protagonista, en los mismos se insertan imágenes de un cortometraje dirigido por Mignona. En diferentes momentos del video aparecen fragmentos de la película, la cual se desarrolla fundamentalmente a partir de la interacción – prácticamente sin diálogo – de un grupo de adolescentes que se reúnen en un “boliche” bailable.

Consideramos que a los fines del presente trabajo no es pertinente el análisis del cortometraje de referencia, de modo tal que sólo haremos alusión al film en tanto corte dentro del discurso del protagonista, el cual sí será abordado con fines interpretativos.

- El video está protagonizado por el Prof. Dr. Alfredo Mirolí.

Como dijimos anteriormente, la presente Campaña se organiza a partir de la palabra de *Alfredo Mirolí*, responsable en ese momento del *Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus Humanos – SIDA*. El Dr. *Mirolí*, a lo largo de todo el video, brinda información relacionada con el sida centrándose, fundamentalmente, en el surgimiento de la enfermedad – a nivel mundial y nacional –, las vías de transmisión de los virus, las formas de no contraerlo y, finalmente, los métodos de prevención existentes y sugeridos.

- La ambientación desde la cual se estructura el video es un estudio de grabación.

El video se inicia con la llegada del Dr. *A. Mirolí* a un estudio de grabación mostrando el “detrás de cámara”: los preparativos, saludos entre el equipo y el acuerdo

de “largada” de la filmación. Desde que comienza hasta que finaliza el video, *Miroli* aparece sentado detrás de una mesa y, en algunas ocasiones, se lo enfoca escribiendo o mirando una computadora. Abundan los planos pecho, lo cuales son combinados con primeros planos y algunos planos de cuerpo entero.

Seguidamente al ingreso de *Miroli* al estudio, la cámara enfoca un monitor en el cual aparece el siguiente mensaje: *Este video es una herramienta de trabajo. Fue creado para debatir sobre el SIDA. Hablar del SIDA es muy importante.* A continuación se hace otro paneo del lugar de grabación. Paso seguido se efectúa un plano de *Miroli*, quien comienza a dar el mensaje.

Miroli: Es muy importante que hablemos del S.I.D.A., del síndrome de inmunodeficiencia adquirida. No sirve de nada que guardemos nuestros temores, que hagamos silencio. El conocimiento es el eje que permite la prevención. Hay que saber, no hay que temer saber. Tenemos que lograr a través de un debate adulto, de un debate en serio que logremos todos nosotros llegar a entender cómo sí se transmiten estos virus, para evitar infectarnos, obviamente. Cómo no se transmiten, a qué cosas no tenemos que temer, esto es muy importante para evitar deshumanizarnos y, además, qué es lo que debemos hacer para que los virus no nos entren y, si los tenemos, para no dañar a otros.

Desde un primer momento el orador asume una posición de saber en la materia y sustenta la legitimidad de su discurso en el conocimiento que posee sobre la cuestión. El Dr. *Miroli* comienza con la explicación del significado de la palabra S.I.D.A dando cuenta de cada uno de los términos que integran dicha sigla, pues en ese momento aún tenían vigencia los puntos separadores. A continuación se emite el primer mensaje y en este se deja sentado que *el conocimiento es el eje que permite la prevención*, es decir, hay que saber cómo se contraen los virus para *evitar infectarnos* y, al mismo tiempo, conocer cómo no se transmiten a fin de *evitar deshumanizarnos*. Como podemos apreciar en esta primera parte, el acento del mensaje de prevención está puesto en el conocimiento, en la información que hay que manejar pues, según lo sostenido por

Miroli, aprender cuáles son las vías de transmisión bastaría para resguardarnos de contraer el VIH.

Por su parte, y si bien no se explicita el porqué, enuncia el peligro de deshumanización que implica el desconocimiento. Al finalizar este fragmento dice, (saber) *qué es lo que debemos hacer para que los virus no nos entren y, si los tenemos, para no dañar a otros*: de este modo, se alerta al receptor que se trata de virus que *dañan*, mediante reiteradas menciones al *temor*: *...no sirve de nada que guardemos nuestros temores... no hay que temer saber... a qué cosas no tenemos que temer...*

Film

Miroli: *Tratemos entonces de conocer, no de ignorar porque a través, insisto, del conocimiento lograremos prevención, lograremos tomar actitudes humanas capaces de evitar la dispersión de estos virus en la comunidad, y si lo logramos, bueno, estaremos ayudando a nosotros, a nuestros hijos y a los hijos de nuestros hijos.*

En este fragmento se hace nuevamente un fuerte hincapié en la relación entre saber y prevenir (*a través, insisto, del conocimiento lograremos prevención*). En este punto, y a partir de dichas afirmaciones, podemos decir que Miroli brinda, al menos, dos datos fundamentales: en primer lugar, deja explícita su posición frente a la prevención, la cual, según sus dichos, depende únicamente de la cantidad de información que se tenga acerca del sida y, en segunda instancia, anticipa el enfoque que atraviesa todo el video, ya que el mismo se organiza por y desde la transmisión de información, datos y estadísticas. En otras palabras, podemos decir que la fórmula elaborada por Miroli es la siguiente: Información = Conocimiento = Prevención.

Al mismo tiempo, podemos ver que continúa el proceso de caracterización del sida. En esta oportunidad se hace referencia a dicha enfermedad como sinónimo de un *agente invasor*, pues consideramos que plantear como objetivo *evitar la dispersión de estos virus en la comunidad*, favorece a construir un imaginario sobre el sida como si éste fuera un agente externo y ajeno, capaz de filtrarse, de modo indiscriminado, en nuestra sociedad.

Dicho en otras palabras, se caracterizan los virus del sida como enemigos al acecho, extraños y a los cuales hay que identificar para poder defendernos de sus ataques (entrada en el organismo y dispersión en la sociedad). De ese modo se magnifica al virus y se le otorga una especie de vida propia, en lugar de enfatizar que es a través de situaciones concretas que el virus puede transmitirse.

Film

Aparece la siguiente leyenda: *HISTORIA*

Miroli mira el film en un monitor y dice: *Cuando estos jóvenes tenían 4, 5, 6 años, en el año 1981, se anunció al mundo la existencia de esta nueva enfermedad: el SIDA. Se la anuncia en EEUU, diciendo que algo habían adquirido, algo desconocido, algunas personas que en ese momento inicial se detectó en los homosexuales, y ese algo destruía el sistema de defensas, el sistema inmune, produciendo la aparición de molestias, síntomas y signos muy severos, a las que se agregaban, por falta de defensas, infecciones o gérmenes oportunistas, aparecían cánceres atípicos y así surgió la palabra SIDA.*

En ese mismo año 81 se anunció también que la padecían drogadictos, personas que habían recibido muchas transfusiones, hemofílicos, personas de áreas geográficas como Haití, África ecuatorial, chicas que ejercían la prostitución. Y en el año 82 se vio que también lo padecían personas que habían tenido contacto heterosexual, varón con mujer, con personas que tenían SIDA, que también lo padecían chiquitos menores de 2 años, pero que eran hijos de una mamá drogadicta, hijos de una mamá pareja de un adicto y ya en el año 82 Argentina anuncia sus primeros casos al mundo. En el año 83, en el Instituto Pasteur de París, se produjo algo excelente, se descubrió cuál era la A de la palabra SIDA, qué era lo que se adquiría, y resultó ser un virus nuevo para el humano, que se llama HIV: la H porque afecta al humano, la I porque ataca el sistema inmune y la V porque es un virus.

Este apartado comienza dando cuenta del año y lugar en que se detectó el sida, así como sus características y los primeros grupos con los cuales fue asociada dicha enfermedad. Miroli sostiene que el virus fue adquirido por *homosexuales, drogadictos, personas que habían recibido muchas transfusiones, hemofílicos, personas de áreas geográficas como Haití, África ecuatorial, chicas que ejercían la prostitución*, es decir, lo que más adelante se conoció como grupos de riesgo. Miroli realiza una nómina enumerando las personas con las que se vinculó en una primera instancia la enfermedad, pero en ningún momento ratifica o rectifica esta información, sólo se limita a continuar el relato y, posteriormente, agrega que *en el año 82 se vio que también lo padecían personas que habían tenido contacto heterosexual, varón con mujer, con personas que tenían SIDA*. Si tenemos en cuenta la caracterización que viene efectuando, podríamos decir que ese último dato, aparentemente, amplía el panorama, ya que su mención no daría lugar a la asociación del sida con determinados grupos o prácticas.

Pero entendemos que esto sólo se trata de un aparente comentario “abarcador”, pues al decir *que también lo padecían chiquitos menores de 2 años, pero que eran hijos de una mamá drogadicta, hijos de una mamá pareja de un adicto*, se deja entrever el prejuicio subyacente, porque no hay nada que indique o presuponga que un bebé que vive con VIH deba ser hijo (necesariamente) de una persona adicta a las drogas y viceversa, que una persona que consume drogas, por realizar esta práctica, vaya a tener un hijo (necesariamente) que viva con el virus.

Si bien es necesario contemplar que los imaginarios y las formas de percibir a la enfermedad tienen correspondencia con el contexto del momento en el que fue realizada la campaña – principios de los ‘90 -, consideramos que el mensaje comienza a trazar un puente – el cual, como veremos, atraviesa toda la campaña – que conecta directamente, y sin posibilidad de excepción, las drogas y el VIH-sida, o dicho de otra forma, los virus del sida con determinadas prácticas y/o conductas de los seres humanos.

En resumen, en este breve recorrido por la historia del VIH es posible apreciar que si bien no se tergiversan los hechos que sucedieron, sí se refuerzan ciertos estereotipos que hasta no hace mucho correspondían a la categorización de “grupos de riesgo”.

Además de las personas homosexuales y de aquellas que habitan zonas que se encuentran en situaciones de vulnerabilidad más pronunciadas frente a la epidemia, se enfatiza bastante en la figura de las personas adictas como estereotipo de los infectados o enfermos. Algo similar se lee con respecto a las personas que ejercen la prostitución, cuando además se argumenta que los primeros casos de transmisión vertical correspondían a las prostitutas y a los “drogadictos”.

Film

Miroli: *Y en Argentina el virus llega en el año 1978, hasta donde hemos podido detectarlo, por supuesto, esto se hace descongelando sangre sacada a lo largo de varios años y luego de descongelar esa sangre uno ve si tenía el virus o no.*

Bueno, hay sangre sacada en la Argentina en el año 1978 en la que ya encontramos que existía el virus; y la gente sigue como que “ a mí no me va a pasar, esto es una enfermedad de otros, grupos de riesgo”, nada de esto sirve, no se puede discriminar. Según la Organización Mundial de la Salud, para el año 2000 habrá 40 millones de personas infectadas con el virus en todo el mundo.

Hay actitudes que exponen a la infección, no hay grupos humanos expuestos al riesgo, cualquiera de nosotros puede llegar a tener al virus, pero claro, en la medida que seguimos pensando, “esto no es para mí, esto es para el otro” es una forma muy egoísta de discriminar y, al mismo tiempo, de facilitarle al virus las armas para la dispersión. En la medida que todos pensemos que “a mí me puede pasar”, “a cualquiera de nosotros nos puede pasar” entonces cambia, porque no sólo no discriminamos sino que además adoptamos actitudes de prevención.

El conocimiento como guía en el camino de la prevención sigue consolidándose en esta parte del mensaje. ¿Dónde identificamos esto?: en el asombro de Miroli, en su no entendimiento acerca de cómo la gente puede seguir pensando “a mí no me va a pasar, esto es una enfermedad de otros, grupos de riesgo”, cuando se cuenta con información que certifica que desde 1978 el virus del sida se registra en algunos análisis

de sangre efectuados en nuestro país. Entonces, según sus dichos, el poseer información debería ser condición suficiente para que la gente comprenda que el sida es una problemática que nos puede afectar a todos y, consiguientemente, tomar conciencia y los cuidados respectivos.

A continuación emite una especie de orden: *no se puede discriminar*, pero la argumentación de este pedido no parece demasiado sólida, pues Mirolí alega como justificación que *según la Organización Mundial de la Salud para el año 2000 habrá 40 millones de personas infectadas con el virus en todo el mundo*. La debilidad de esta “orden” consiste en que no explica la relación existente entre el número de personas *infectadas* y el pedido de no marginación de las mismas, como si la discriminación fuera una variable que decrece ante un aumento de la cantidad de personas que viven con sida.

En este sentido, y como venimos sosteniendo, se hace presente la idea de que los datos y estadísticas en sí mismas son suficientes para incidir y modificar las actitudes y comportamientos de las personas. De esta manera, se deja entrever toda una concepción sobre el hombre desde la cual el conocimiento y la producción intelectual se postulan como único eje y, consecuentemente, se relega todo lo referido al ámbito de las sensaciones y emociones, todo aquello referente a la subjetividad, es decir, el punto de partida de nuestra constitución como sujeto.

Otro punto a resaltar es la reiterada mención del sida como un enemigo, como un invasor foráneo que viene a atacarnos, concepción que se desliza cuando se hace referencia a la discriminación en tanto forma *de facilitarle al virus las armas para la dispersión*. Aquí vuelve a percibirse una especie de personificación del virus: los virus del sida no sólo representan un agente externo que viene a invadirnos, sino que además están preparados con armas para atacarnos. El uso de metáforas se vuelve recurrente, con cierto sentido belicista y aterrador que se desliza y los significados que se construyen a partir de la utilización de dicho recurso metafórico.

Film

Aparece la leyenda *TRANSMISION*

Mioli: *Se teme al SIDA, y nos parece prudente que haya un sano temor, no un patológico terror, pero queremos recordar que los virus del SIDA que son dos, que se llaman HIV-1 y HIV-2, en realidad forman parte de una familia de 5 virus que se llaman retrovirus de lo humano y que todos estos virus existen, que todos se transmiten de humanos a humanos de las mismas formas, por ejemplo contactos sexuales, que todos por lo tanto se previenen con las mismas actitudes humanas, pero que no producen la misma enfermedad; dos de ellos sí, al entrar a las células del sistema inmune las destrozan, las destruyen, y producen inmunodeficiencia, producen SIDA, pero otros tres, cuando penetran a esas células, en vez de romperlas las hacen multiplicarse, las hacen transformarse en un gran número de células alteradas e idénticas produciendo variedades de leucemias crónicas. Y estos 5 virus existen, estos 5 virus es posible prevenirlos con las mismas actitudes humanas.*

Nuevamente aparecen en el texto referencias al temor: *...nos parece prudente que haya un sano temor* y a la metáfora de la invasión: *...al entrar a las células del sistema inmune las destroza, las destruye*. Pero, como hemos mencionado, quizás no aparezcan como las estrategias más convenientes para el discurso de la prevención.

Film

Mioli: *Cuando vemos lo que dicen los jóvenes, lo que actúan, lo que hacen, vemos a través de sus gestos y oímos por sus palabras una serie de dudas acerca de estos virus. Y yo trataba de anotar algunas de las que habitualmente nos preguntan y la verdad es que se llena la pantalla (de la computadora que tiene enfrente) y entonces prefiero recordar algunos hechos básicos que alejan muchas de las dudas. Algo importante es que estos virus afectan en la naturaleza solamente al humano, son virus exclusivos de la especie humana, pasan de un humano que tiene uno de estos virus a otro humano que no los tenía. ¿Por qué quiero recordar esto?, porque recordando el hecho este de la especificidad de lo humano uno ya sabe que no hay ningún riesgo en jugar con el perro, en jugar con el gato, jugar con el conejo, tener un pajarito en la casa, comer un asado semi crudo, un bife vuelta y vuelta, que no hay riesgo, el virus es*

de los humanos. El virus está en la sangre, por lo tanto un vehículo de riesgo es la sangre de alguien que lo tiene pasando al interior de otro que no lo tenía. El virus sale con los exudados sexuales, los exudados de un varón: semen, exudados de la uretra, exudados de la próstata; los exudados de la mujer que es el flujo vaginal normal, el que lubrica, el que humedifica la vagina normal. También el virus cruza la placenta y sale con la leche del pecho, ¿qué significa esto?, que si una mujer está infectada, y se embaraza, puede contagiar a su bebé dentro del vientre o al amamantarlo. Por lo tanto, los riesgos de transmisión están en sangre, contactos sexuales y de una madre infectada a su hijo.

En esta parte del mensaje se desprenden, fundamentalmente, dos cosas: en primer lugar que el destinatario de este video es un público adolescente, o para ser más precisos, el texto propone como destinatarios a receptores jóvenes a los que se considera con escasa o nula información acerca del VIH-sida, pues Miroli dice que *cuando vemos lo que dicen los jóvenes, lo que actúan, lo que hacen, vemos (...) una serie de dudas acerca de estos virus*. En segundo lugar, y en consonancia con las dudas que supuestamente tiene la juventud, este apartado hace foco en aclarar las vías o las circunstancias bajo las cuales no existe riesgo de contraer los virus del sida.

Film

Miroli: *Formas de transmisión: sería tan largo explicar realmente en este diálogo todas las formas reales y las fantasías que existen alrededor de esto, pero quisiera centrarme en dos palabras fundamentales: una relacionada con sangre y otra relacionada con sexo. La relacionada con sangre es drogadicción: toda forma de drogadicción expone al riesgo de infección, sin duda la más importante, la drogadicción inyectable, al compartir jeringas pero cuidado, no es esta la única actitud de la droga que lleva a la transmisión de estos virus. Toda forma de drogadicción expone a riesgo de transmisión; en sangre esta palabra hay que recordarla, porque después las transfusiones, trasplantes de órganos, es responsabilidad del Estado y de los médicos controlar los donantes de sangre, de derivados de la sangre, de órganos.*

Y en sexo me quiero referir a la palabra promiscuidad, ¿saben por qué?, porque se ha tratado de llevarlo esto a cómo hago el contacto sexual, cuando lo importante es con quién lo tengo. Toda forma de contacto sexual entre dos personas, si una tiene el virus, expone a la otra al riesgo de transmisión, ya sea homosexual, ya sea heterosexual, ya sea penetración anal, vaginal o bucal.

Lo importante no es cómo lo hago sino con quién lo tengo. Si tengo sexo con alguien que no tiene el virus, y bueno, ningún riesgo; si tengo contacto sexual con alguien que tiene el virus me puedo infectar, ¿ y dónde estaría el riesgo principal en sexo?. Bueno, tener contacto sexual con alguien del ambiente de la droga es de riesgo, porque muchos chicos o chicas drogadictas lamentablemente están infectados. Tener sexo con una chica que ejerce la prostitución, es de riesgo: 6%, 8%, 10% de acuerdo a los estudios de las chicas que ejercen la prostitución están infectadas, y la promiscuidad, que es el número de personas diferentes con las cuales tengo sexo en un determinado período de mi vida, cuanto con más personas diferentes tengo sexo, más chances de encontrar alguien con el virus. Y Uds. dirán, pero falta que diga la homosexualidad, no, no hay riesgo en la homosexualidad, lo que hay riesgo es en la promiscuidad. Si un joven homosexual vive su homosexualidad en pareja no se expuso a ningún riesgo.

En cualquier trabajo de prevención los prejuicios funcionan como grandes obstáculos, pero si además se combinan con información errónea, entendemos que los resultados a esperar no pueden ser demasiado alentadores. En relación con esto último consideramos que este mensaje es un claro ejemplo de lo dicho, pues pone de manifiesto varios pre-conceptos, así como información falaz. Veamos. No se deben estandarizar ni los tipos de drogas ni las clases de consumo de las mismas.

En lugar de hablar de drogadicción, sería correcto hablar de uso de drogas, ya que existe una multiplicidad de usos de las mismas, con distinta frecuencia, por distintas personas con características disímiles y bajo condiciones diferentes. Por ello resulta peligroso homogeneizar un fenómeno que es harto complejo; nuevamente, pretendiendo equiparar todas las prácticas y las personas, el mensaje corre el riesgo de fracasar en la

interpelación de sus receptores y, por ende, de no conseguir la asunción de pautas de autocuidado y de prevención.

Al mismo tiempo, se vuelve a cometer el error de juzgar a determinados comportamientos – en este caso, el uso de drogas – cuando a nuestro criterio debe ponerse el énfasis en cómo hay que evitar la infección del VIH. En vez de condenar el uso de drogas – que todos sabemos que son nocivas y peligrosas pero que ese problema no se resuelve con proponer la abstención -, sería más eficiente proponer que no se compartan, bajo ninguna circunstancia, las jeringas y las agujas.

Nosotros no consideramos que habría que reivindicar el uso de drogas ni que ellas no ocasionen daños significativos a la salud. Lo que sucede es que los mensajes de prevención tienen objetivos específicos y deben acotar su ámbito de aplicación para perseguir la eficacia. No se puede en un mismo movimiento conseguir evitar una infección y eliminar el uso de drogas o la abstención definitiva, sencillamente porque ello sería muy ambicioso y porque se trata de dos fenómenos complejos por naturaleza. Si el mensaje corresponde a una campaña de prevención del VIH-sida, entonces el mensaje debe apuntar a prevenir dicha infección. Asimismo, si el texto propone un destinatario usuario de drogas- en el marco de una campaña de prevención de VIH-sida -, bueno, en consecuencia debería procurar tener en cuenta las particularidades de esta problemática.

Pero la combinación de valoraciones negativas e información errónea no se da sólo en las alusiones a la droga sino que también se hacen presentes a la hora de hablar de sexo. Mirolí efectúa un paralelismo entre *sexo* y *promiscuidad*. Se desliza así un mensaje moralista desde el cual se sostiene que determinadas actitudes son condenables, como tener relaciones sexuales con varias personas en un período corto.

Podemos decir que el mensaje segregador se trasluce en estos dichos, pero que finalmente se torna contundente cuando el Dr. Mirolí sostiene que en materia de sexo *lo importante no es cómo lo hago sino con quién lo tengo*. A través de este comentario, el proceso de estigmatización ha tomado mayor espesor y deja entrever que las *actitudes de prevención* a las que se hacía referencia en otro apartado no tienen tanto que ver con

la utilización de preservativos o jeringas descartables, sino más bien con la identidad de las personas. Saber quién es ese otro con el que tengo sexo, según postula Miroli, es lo que nos resguardará de contraer el virus del sida. Esto no sólo suena prejuicioso sino que es doblemente peligroso pues no sólo favorece cierta marginación sino que, al mismo tiempo, nos expone a circunstancias en las cuales, en lugar de implementar cuidados, dejamos todo en manos de la efectividad de nuestras impresiones.

Miroli sostiene que lo importante en las relaciones sexuales no es cómo se hacen sino con quién. En realidad, se trata del proceso contrario: en lugar de poner el énfasis en las personas con las que se tiene sexo, los mensajes de prevención deberían poner el acento en cómo las personas deben cuidarse y tomar precauciones para evitar riesgos a su salud. Mientras en todas las relaciones sexuales asuma conductas de autocuidado y de prevención, si se protege ella o la otra persona involucrada con un preservativo, no existirá riesgo de infección. Sostener que el peligro pasa por la promiscuidad se vuelve entonces un acto de discriminación, desde el momento en que se juzga a las personas, desviando el objetivo de una campaña de prevención, que debe ser - en este caso- evitar la infección por VIH-sida.

Al mismo tiempo, el texto sugiere que no hay riesgo en tener relaciones con una persona que no tiene el virus: lo que sucede es que las personas no andan por la vida preguntándole a los demás si están infectados con el VIH. Si alguien conoce a una persona y decide tener relaciones sexuales, lo importante es que tome precauciones y se cuide.

También es falaz que *toda forma de contacto sexual entre dos personas, si una tiene el virus, expone a la otra al riesgo de transmisión*, pues si en dicho contacto se integran medidas de prevención, como el uso de preservativo, se disipa dicho riesgo. Además, al sostener esto se están homogeneizando los modos de contacto sexual, pues hay muchos de estos que se dan sin penetración de ningún tipo y, en tal caso, se anulan las posibilidades de contraer el virus. Otro de los mandatos que se deslizan en este mensaje es la preferencia por una pareja estable (*si un joven homosexual vive su homosexualidad en pareja no se expuso a ningún riesgo*); es decir, se “recomienda” la monogamia como método de prevención del VIH, “sugerencia” que no toma en cuenta

que muchas parejas no confiesen las infidelidades así como tampoco sus relaciones pasadas, pues esto forma parte del campo cultural y emocional del sujeto.

El texto argumenta que tener relaciones con personas del ambiente de la droga o de la prostitución implica un alto riesgo de infección, porque supuestamente gran parte de las personas que usan drogas o se prostituyen estarían infectadas. Nuevamente, en lugar de sugerir que, no importa con quien sea, si las personas usan preservativo no hay riesgo de infección, Miroli opta por condenar a las personas por sus actos y las segrega, al sostener prácticamente que no hay que tener relaciones con ellas.

Si bien es cierto que el uso del preservativo por entonces podía no guardar la misma aceptación que en la actualidad, su uso siempre estuvo bastante generalizado y su efectividad poco cuestionada. Por más que no represente el 100% de seguridad, sí reduce ostensiblemente la probabilidad de traspasar los virus por la vía sexual.

Film

Miroli: *Estos retrovirus de lo humano entre los cuales están los dos virus del SIDA, no se transmiten por un montón de situaciones de la vida cotidiana, de la vida diaria de toda persona. Yo creo que es muy importante recordar estas situaciones. Para ello la forma más simple es que lo analicemos así: el virus no está en los cabellos, no es como un piojo, ¿esto qué significa?, significa que no hay ningún riesgo al compartir el peine, no hay ningún riesgo al compartir el cepillo del cabello, el virus tampoco está en la piel, no andan caminando por la piel. Bueno, ¿qué significa esto?, significa que no hay riesgo en dar la mano, no hay riesgo al abrazar, no hay riesgo por sentarse en el mismo inodoro, no hay riesgo al usar la misma pileta de natación, no hay ningún riesgo para el médico al palpar, al percutir, al auscultar, para la enfermera tampoco al bañar o cambiar un paciente. El virus sí está en la saliva, se lo puede aislar en cultivos, pero no se transmite de humanos a humanos por saliva. Esto todos nos podemos dar cuenta sin necesidad de ser científicos: si se transmitiese de saliva a saliva el estornudo lo contagiaría, ya tendríamos SIDA todos.*

Como no se transmite por saliva, ¿qué significa?, bueno, significa que no hay riesgo al compartir el vaso, al compartir la taza, al compartir la bombilla de mate, al tomar de la misma botella; por ejemplo, son estas situaciones de la vida diaria, cotidiana que no implican ningún riesgo de transmisión de estos virus de un humano que lo tiene a otros que no lo tenían.

A lo largo de todo este fragmento se enuncian otras tantas circunstancias en las cuales no hay riesgo alguno de transmitir o contraer la enfermedad. Esta aparece como la parte más clarificadora del video, donde se detallan claramente las situaciones por las que no puede haber infección.

(Se muestra a los productores colocando un cassette en una video y, a continuación, una leyenda que dice: *Distintos mensajes de prevención sobre el SIDA*. No se realizan comentarios entre las publicidades, ni finalizadas las mismas)

Si bien dos de las tres publicidades (*Spots 1 y 2*) que se proyectan no pertenecen a nuestro país y, por lo tanto, se encontrarían fuera de nuestros fines analíticos, consideramos que la elección de estos *spots* y la inclusión de los mismos en el video, de algún modo, hacen referencia al enfoque y los mensajes sostenidos por la campaña que estamos abordando en esta oportunidad.

Spot 1: Muestran a un chico subiéndose a una moto y debajo aparece la leyenda “*Si Ud. quiere hacer esto...*”, el chico se pone el casco y debajo la leyenda “*... haga esto*”. Muestran a una chica subiéndose a un auto y debajo aparece la leyenda “*Si Ud. quiere hacer esto...*”, la chica se pone el cinturón de seguridad y debajo la leyenda “*... haga esto*”. Muestran a una pareja besándose y debajo aparece la leyenda “*Si Ud. quiere hacer esto...*”, abren un preservativo y debajo la leyenda “*... Ud. tiene que hacer esto*”. Placa blanca: *SIDA* (debajo) *Es su vida* (debajo) *Protéjase*.

Tanto la moto como el auto usados para esta publicidad poseen el diseño característico de vehículos que viajan a gran velocidad y que, de algún modo, implican

riesgo para sus conductores. Si tenemos en cuenta que a continuación de estas imágenes se muestra a una pareja besándose, podemos decir que el objetivo es construir en los receptores un vínculo asociativo que pone en una misma línea el peligro que implica conducir a alta velocidad con mantener relaciones sexuales.

Spot 2: Empieza con un joven caminando que toma a otro del brazo y estos dos a otro y así sucesivamente van sumando gente. A medida que esto acontece se escuchan distintas voces que dicen partes del siguiente mensaje: *Marchemos juntos contra el SIDA. Estemos lejos de las drogas y de las jeringas usadas. Ante la duda hagámonos el análisis de seropositividad. El SIDA se transmite por vía sexual y por la sangre infectada. Por eso estar infectado no significa perder un amigo. SIDA, la voluntad de vencerlo es contagiosa.*

Si bien es aconsejable realizarse el estudio de seropositividad, éste no debería funcionar como un pseudo método de prevención (“no me cuidó, pero me luego me hago el estudio”).

Por otra parte no queremos dejar de señalar que, una vez más, se habla del sida como un enemigo a derrotar y, por consiguiente, utilizando terminología bélica. Esto se trasluce, por ejemplo, a través de las siguientes referencias: *Marchemos juntos contra el SIDA . SIDA, la voluntad de vencerlo es contagiosa.*

Spot 3: A medida que van mostrando fotos con las caras de diferentes personas se escucha una voz en off que dice: *Silvia sale con Daniel, que sale con Alejandra, que sale con Carlos, que sale con Ricardo, que sale con Javier, que sale con Valeria, que sale con María, que sale con Miguel, que sale... Esta voz en off se esfuma y aparece otra que dice: Una vez que el SIDA entra no sale más. Placa Blanca con la leyenda: S;DA! que no te sorprenda.*

Ver el análisis de esta publicidad en la Campaña (publicidades): S;DA! que no te sorprenda.

.-.-
Vuelve la imagen de Miroli sentado frente a la computadora. Debajo la leyenda:
PREVENCION

Miroli: La prevención es una acción que se ejecuta, no es una palabra que se declama. Hay personas que todavía creen que la tarea de prevención es una tarea de los científicos, de los ministerios, de los médicos, no, no, no, es una tarea de cada persona como integrante de una sociedad y como individuo. Hay tareas que sí la tienen que hacer los médicos, los responsables: controlar los donantes de sangre, controlar los donantes de órganos, los derivados de la sangre, indicar normas de bio-seguridad en los servicios profesionales, velar porque esas normas se apliquen, nada más. Pero luego hay un conjunto de tareas que debemos hacer cada uno de nosotros, para evitar que el virus nos ingrese y, si lo tenemos, para evitar dañar a otros, para evitar transmitirlo al virus. ¿Qué es entonces lo que cada uno de nosotros debe hacer? Bueno, primero informarse, estar educado, conocer la verdad sobre SIDA, hablarlo de una manera responsable, franca, leal, y replicar esta información transmitiéndola a otros, ser cada uno una multitud.

Si bien es reivindicable que cada persona sea un agente de transmisión de información y al mismo tiempo un individuo capaz de asumir pautas de prevención, no hay una equidad en cuanto a la responsabilidad que cada actor tiene en materia de prevención del VIH-sida.

Los médicos no deben únicamente cernirse al control de los bancos de sangre e implementar las normas de bio-seguridad. Ellos son actores fundamentales en esta ecuación: son ellos quienes mejor informados y más herramientas tienen para brindar y facilitarle a la población que ellos atienden.

Film

Miroli: Hay distintas manera de tener sexo con otra persona: una sería *sexo en fidelidad*, donde ambos se son fieles y ahí el riesgo es ninguno, la pareja estable, fiel, segura. Otra sería el *sexo en promiscuidad*: bueno acá es obvio el riesgo, eso ya es *contacto sexual*, y los preservativos.

Si bien ya hicimos referencia a que en el presente video se vislumbra una posición de preferencia de determinado tipo de relaciones por sobre otras, en este fragmento del mensaje esto no sólo se confirma sino que se explicita.

Miroli asevera que en la *pareja estable donde ambos se son fieles el riesgo es ninguno*. Esta afirmación no sólo encierra un mensaje de tipo normativo – determina el deber ser y los mandatos sociales – sino que, al mismo tiempo, brinda información errónea, pues la *fidelidad* no implica ningún tipo de garantía frente al sida. En consonancia con esto último, tampoco es cierto que en el caso de los contactos sexuales que Miroli define como *sexo en promiscuidad es obvio el riesgo*, ya que si se toman los cuidados pertinentes dichos riesgos disminuyen.

Pero lo más “llamativo” del presente mensaje es que esta es la primera vez que Miroli nombra al preservativo; en ningún otro momento hizo mención alguna al único medio de prevención existente frente al sida en materia sexual. Consideramos que tal “omisión” no es azarosa y que la misma da cuenta del tipo de enfoque que sostiene el presente mensaje. Como hemos mencionado, si bien puede tenerse en cuenta que para comienzos de los noventa la utilización del preservativo podía no ser universal, sí constituía un método que brindaba suficiente protección como para ser recomendado. Por ello, si se trataba del único dispositivo medianamente confiable – aunque no fuera 100% seguro –, debía ser aconsejado su uso, con la consigna de procurar disminuir la tasa de infección, no sólo para aquellas relaciones encasilladas en el terreno de la “promiscuidad” o el de las prostitutas sino en todos los casos.

Film

Miroli: Si uno va a tener un sexo en promiscuidad, un sexo en el ambiente de la prostitución, hay que usar preservativos; los preservativos, el forro, si bien no ofrecen

en cada caso individual la garantía absoluta, pero sí disminuyen notablemente el riesgo de transmisión.

Así como en otro apartado Miroli establece el binomio *sexo – promiscuidad*, en esta parte estructura el par *promiscuidad – preservativo*. Habitualmente hablar de promiscuidad resulta, por lo menos, confuso. Se trata de un término ambiguo y difuso con el que muchos receptores no están familiarizados y con el que, al mismo tiempo, no se sienten interpelados. Nuevamente se cae en el error de juzgar a la gente, en lugar de enfatizar cómo deberían tener relaciones seguras.

Asegurar que hay que usar preservativo cuando se es promiscuo o cuando se tiene sexo con prostitutas es afirmar que en las situaciones en las que no se es promiscuo o en la que no hay sexo con prostitutas no hay que cuidarse. Pero además, afirmar que el preservativo no ofrece garantías resulta por lo menos discutible.

Film

Miroli: *Desde que el virus del SIDA ingresa al cuerpo de una persona, hasta que aparecen los síntomas, pueden pasar muy, muchos años, 8, 10, 12, más años. Sin embargo tiene el virus, está infectado, y lo está transmitiendo, sin querer y sin saber a otras personas, ¿a quiénes?, lamentablemente, fundamentalmente, a quienes ama.*

Las concepciones prejuiciosas siguen operando. Decir que una persona que vive con sida transmite el virus *fundamentalmente a quienes ama* es dar por sentado que sólo se mantienen relaciones sexuales con personas amadas, lo cual en la práctica no se da siempre de este modo.

Asimismo, se repite lo que mencionamos párrafos atrás: no se demuestra un interés por la salud ni por la integridad de las personas viviendo con el virus o con la enfermedad. Se los trata como agentes transmisores del virus y no como personas con los mismos derechos que cualquier otra. Nunca se menciona que es importante que la gente, si posee la voluntad, se realice la prueba de detección para saber si la persona está infectada o no y, si resultara positiva la prueba, para que inicie un tratamiento cuando

fuera necesario. Sólo se apela a realizarse el test como una especie de pseudo método de prevención, con los riesgos que ello implica.

Film

Miroli: *Normalmente uno no tiene relaciones sexuales con quien odia, normalmente no se gesta en el vientre algo no querido, no se amamanta algo odiado, habitualmente no donamos sangre o un órgano por un gesto de odio. El chico adicto que comparte drogas, jeringas, no las comparte con los gendarmes, con los jueces ni con la Policía Federal; las comparte con un grupo de chicos víctimas de la adicción, pero para él su grupo más querido, su grupo más amado. ¿Qué pasaría si en este momento nosotros dijésemos?: me hago el estudio, se detecta que sí tengo el virus, y me pongo a pensar para atrás los dos últimos años de mi vida y trato de reflexionar a quiénes, sin querer y sin saber pudiese haber transmitido el virus; no me gusta lo que estoy viendo. Por eso, si uno se expuso al riesgo es mejor hacerse el estudio de detección; desde que ingresa el virus hasta que el laboratorio lo detecta hay cuatro meses; pasados esos cuatro meses me hago el análisis, si resulta que no tengo el virus me quedo tranquilo, y si resulta que sí tengo el virus, bueno, por lo menos al saberlo gané tres cosas.*

La primera, importantísima, voy a dejar de dañar a los que amo; la segunda, podrán medicarme, porque hay medicamentos que frenan al virus, retrasan al virus, retrasando la aparición de la enfermedad, y esto le da tiempo a la ciencia para conseguir nuevos, menos tóxicos, mejores remedios. La tercera, se podrá estudiar a las personas que amo, y si sin querer, sin saber, transmití el virus a otros, también podrán darles la medicación para ellos ayudarlos a salvar su vida.

Miroli comienza refiriéndose a que *normalmente* no se hace tal cosa y que *habitualmente* no se practica tal otra, pero en ningún momento tiene en cuenta que infinidad de veces, en su vida real y concreta, las personas hacen, dicen y sienten cosas que se podrían considerar poco o nada comunes, normales o lógicas pues, como ya dijimos anteriormente, el eje de la conducta humana no reside únicamente en el

pensamiento sino también en la subjetividad –atravesada siempre por el deseo y las emociones - de cada uno.

A su vez, la hipótesis que postulamos anteriormente – análisis del Spot 2 – acerca del estudio de seropositividad como un mecanismo de prevención, se retoma y confirma en los dichos de Miroli al establecer que si uno se expuso al riesgo es mejor hacerse el estudio de detección (...) si resulta que no tengo el virus me quedo tranquilo, en otras palabras: tengo dudas, me hago el estudio, el análisis da negativo, me quedo tranquilo, es decir, no tengo por qué cuidarme. Entendemos que este tipo de mensajes es peligroso, porque apela a las conductas del tipo “ruleta rusa”, giro la rueda (mantengo relaciones sexuales sin prevención) y cada tanto gatillo el arma (me hago el estudio de VIH) a la espera que dispare (resultado positivo) o poder seguir jugando (resultado negativo).

Film

Miroli: Recordar cómo no se transmiten estos virus es muy importante, para evitar deshumanizarse, ¿qué queremos significar con esto?. No hay que temer tener un hijo en la casa infectado o enfermo, no hay ningún riesgo en que este hijo viva al lado nuestro, no hay que temer tener un hermano en la casa con el virus, al contrario, hay que tenerlo, hay que apoyarlo, hay que abrazarlo, hay que besarlo, no hay ningún riesgo en tener un compañero en la escuela o un compañero en el trabajo con el virus. Por eso, si sabemos que alguien tiene el virus, no sólo no hay que discriminarlo, sino que al contrario, no hay ningún riesgo de infección si nos da la mano, o si nos abraza, pero si nosotros le damos la mano, si nosotros lo abrazamos, no sólo no nos contagiamos sino que no podemos imaginar cuánto lo ayudamos.

En esta oportunidad, rescatamos la condena a la *deshumanización* y la reivindicación de no discriminar a la persona que vive con VIH, así como la integración y la contención familiar a las que se apela.

Film

Miroli: *Hablar, transmitir, educar, ser brazos tendidos, comprender, no discriminar, robustecer la tolerancia. A estos virus, los retrovirus de lo humano, los podemos vencer, los debemos vencer.*

El cierre del mensaje es congruente con la formulación que funcionó como columna vertebral del video: Información (*hablar, transmitir, educar, comprender*) como el *arma* a utilizar para *vencer* los virus del sida. Podemos decir entonces que para Miroli – representante de la voz del Estado nacional en materia de VIH-sida – la prevención pasa, eminentemente, por conocer la historia y los modos de transmisión de los virus del sida. Con ello se cree bastaría para asumir prácticas de autocuidado, cuando quizás fuera conveniente contemplar, además de variables tan importantes como las que podríamos calificar de “racionales”, aquellas que corresponden a la subjetividad de las personas.

Miroli termina la grabación del mensaje y cuando está preparándose para salir del estudio ingresan los actores del film, se saluda, Miroli los felicita y les dice: *yo les agradezco mucho que me hayan ayudado para poder llevar este mensaje a la juventud* (en la parte inferior de la pantalla aparece la referencia: Prof. Dr. Alfredo Miroli). Luego de dicho agradecimiento uno de los actores le comenta: *nosotros ahí estábamos charlando, teníamos una inquietud, queríamos saber qué pasa con los insectos y el SIDA. Miroli contesta: mosquitos, vinchuca, que son los insectos que chupan sangre, que es lo que uno puede tener duda, no transmiten el virus del SIDA. Hay como una fantasía popular, es algo que la gente tiene miedo, la gente cree que el mosquito...* (se esfuma la voz). Debajo aparece la leyenda: Programa Nacional de Lucha contra los Retrovirus Humanos – SIDA.

Al final, una placa negra con letras blancas que indica: Hemos hablado de la enfermedad SIDA producida por el HIV-1 y HIV-2, dos de los cinco retrovirus humanos que la comunidad científica ha aislado hasta la actualidad. Otra placa negra con letras blancas: Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

Miroli deja explícito quién es el destinatario del video que acaba de grabar (*llevar este mensaje a la juventud*) y aclara, ante la consulta de uno de los actores, que

los insectos no transmiten el virus, descartando de este modo otro de los mitos existentes en torno a las vías de transmisión del virus del sida.

1998 – SILLON BLANCO

Estructura general:

- La Campaña está integrada por veintidós publicidades audiovisuales con una duración individual promedio de 45 segundos.

Cabe aclarar que en el presente apartado se abordan dieciséis de las veintidós publicidades, considerando que las mismas conforman una muestra más que significativa para los fines analíticos. Con respecto a la extensión de las publicidades diremos que, si bien la mayoría se encuadra dentro de este promedio, hay algunas que superan el minuto (*Raúl Portal* y *Pepe Soriano*) y otras de veinte segundos de duración (*Carina Zampini*).

- Las dieciséis publicidades analizadas contienen trece mensajes distintos.

Los actores *Fernando Siro* y *China Zorrilla* repiten un mismo tipo de mensaje y *Alberto Mateyko*, *Damián De Santo* y *Pablo Novak* también lo hacen, pero con otro texto.

- Cada una de las publicidades se encuentra protagonizada por una persona pública distinta.

Los protagonistas de la Campaña son: *Fernando Siro*; *Betiana Basualdo*; *Padre Grassi*; *Virginia Lago*; *Eduardo Lorenzo*; *Carina Zampini*; *China Zorrilla*; *Juan Alberto Mateyko*; *Damián De Santo*; *Fabián Gianola*; *Pepe Soriano*; *Raúl Portal*; *Pablo Novak*; *Ximena Fassi*; *Cipe Lincovsky*; *Hugo Porta*; *Roberto González Rivero* “*Riverito*”; *Luis Brandoni*; *Enrique Macaya Márquez*; *Laura Novoa* y *María Marta Serra Lima*.

A su vez, en este punto nos interesa resaltar una cuestión: el único protagonista que se repite en dos publicidades es el representante de la Iglesia Católica. Esto convalida el lugar predominante que la Iglesia ocupa frente a la problemática del VIH-

sida, fundamentalmente, por su oposición (al menos lo sostenido por una parte de la Iglesia) al uso del preservativo. De hecho, en la presente campaña – y esto se verá específicamente en el análisis de los dos spots que encabeza el Padre *J. Grassi* – la Iglesia no se pronuncia explícitamente a favor de la utilización del preservativo como método de prevención, como tampoco hace mención otros métodos existentes.

- Los veintiún protagonistas son representantes de diferentes ámbitos pero, en su mayoría, son personas del mundo del espectáculo.

Las profesiones de los protagonistas se dividen de la siguiente manera: doce actores / actrices, una cantante, cuatro conductores televisivos, dos deportistas, un médico y un sacerdote. A partir de esto podemos inferir que los productores de la campaña consideraron que la palabra de personas pertenecientes al ambiente artístico, y más precisamente, televisivo, es la que cuenta con mayor peso en la audiencia. Si tenemos en cuenta que de los veintiún protagonistas diecisiete pertenecen a la televisión (incluyendo a la cantante), esto nos daría la pauta de que se apunta a un público con un alto nivel de consumo televisivo, sobre todo si consideramos que varios de los actores elegidos daban sus primeros pasos en aquel momento (*Pablo Novak, Carina Zampini, Ximena Fassi, Fabián Gianola ...*), y que sólo podían ser fácilmente reconocidos por aquellos televidentes que, habitualmente, veían los programas en los cuales trabajaban dichos actores. A su vez, y entendemos que con la finalidad de abarcar una mayor porción del público, se convocaron actores como *China Zorrilla, Fernando Siro, Virginia Lago, Pepe Soriano* y *Cipe Lincovsky* que, si bien tienen una mayor trayectoria que los anteriormente citados, no siempre mantienen la vigencia o el efecto actualidad de aquellos.

Por último, y a fin de completar el “equipo” televisivo, aparecen los conductores: *Juan Alberto Mateyko, Enrique Macaya Márquez, Roberto González Rivero “Riverito”* y *Raúl Portal*, todos muy conocidos y de vieja data en el ambiente.

¿Quiénes son los otros protagonistas? Si quisiéramos utilizar un recurso que nos permita visualizar esta parte del análisis, podríamos decir que los representantes del ambiente artístico se encuentran contenidos dentro de un triángulo cuyos vértices son: la

Ciencia, la Iglesia y el Deporte, tres instituciones representadas a través de las figuras de *Eduardo Lorenzo* (Ciencia), el Padre *Julio Grassi* (Iglesia) *Betiana Basualdo* y *Hugo Porta* (Deporte). Vemos entonces cómo los mensajes emitidos por los artistas son acompañados, y reforzados, con la presencia de instituciones que poseen un lugar central dentro de la sociedad, incidencia que se torna más que significativa si tenemos en cuenta el lugar nodal que ocupan la Iglesia y la Ciencia en lo que a VIH-sida se refiere (y que se tornará evidente desde el presente análisis).

- Todas las publicidades comienzan y finalizan con las mismas frases, una de apertura y otra de cierre: “*¿Te puedo dar información sobre el sida?*”, y “*Avisá. El sida nos afecta a todos*”, respectivamente.

La estructuración de todas las publicidades a partir de esta modalidad (una frase común para el inicio y otra para el final) tiene por objetivo establecer un eje de conexión, un hilo conductor horizontal que enlaza a todos los spots otorgándoles una unidad de sentido. Si bien son trece los mensajes emitidos (ya que algunos se repiten en distintos spots), los mismos son parte de una campaña masiva y, por lo tanto, deben respetar un formato determinado a fin de que los televidentes puedan identificar cualquiera de las publicidades como parte de la campaña de referencia.

Decíamos entonces que el inicio de todas las publicidades es compartido, el cual se da a partir de la enunciación de una misma oración, o lo que podemos definir como “frase de acceso”. En este caso, la frase de acceso está formulada como una interrogación: “*¿Te puedo dar información sobre el sida?*”. Ahora bien, el emisor de esa pregunta es fácilmente identificable, tiene voz e imagen propia, pero... ¿a quién se dirige?.

El tuteo que da el puntapié de la frase nos puede sugerir que el destinatario es joven o, al menos, alguien con el que se puede establecer una relación de suficiente confianza como para que no le moleste ese “te” pero, al mismo tiempo, al que se le pide permiso (“*puedo?*”) para hablarle. También podemos deducir que es una persona que no posee información sobre sida, o que posee muy poca al respecto, ya que no se hace referencia a una mayor o nueva información.

En conclusión, desde un análisis comunicacional se pueden efectuar algunas inferencias acerca de cuál sería el público destinatario de la campaña, pero éste no aparece identificado explícitamente en ningún momento, ni en la frase de acceso ni al interior de los distintos mensajes. Este borramiento del destinatario, en tanto no se define su particularidad, da cuenta de una especie de homogeneización del mensaje, abstracción que toma más consistencia aún con la frase final: “*Avisá. El sida nos afecta a todos*”, ¿quién tiene que avisar?, ¿cuándo?, ¿a quién?, ¿qué hay que avisar?... si bien son preguntas sin aparentes respuestas, nada nos impide hacer la siguiente hipótesis: si *alguien* tiene que *avisar algo*, ese alguien es, al menos, conocedor de ese algo, es decir, sabe y es consciente. Si a esto sumamos que se utiliza el imperativo “*Avisá*” nos estaría indicando que no sólo tiene algo que decir, sino que tiene la obligación de hacerlo, por lo cual podemos inferir que quien debe avisar es el enfermo de sida pues a él sería el responsable de alertar a los otros – *nosotros* -, los “sanos”.

Como vimos, la frase de cierre está integrada por dos términos “*Avisá. (/) El sida nos afecta a todos*”. En esta segunda oración la abstracción se vuelve a hacer presente pero con otra dirección: ahora lo que se desdibuja no es el responsable de avisar sino los destinatarios de ese aviso.

Si proseguimos con la línea de análisis que venimos efectuando podemos decir que el *nos* y el *todos* de la frase de cierre apuntan a los “sanos”, los cuales se encarnan en un “nosotros” que se estructura a partir – y frente – a un otro, o para ser más claros, “el otro enfermo de sida”. A partir de lo expuesto podemos sostener que en la frase de cierre de las publicidades (y en los mensajes también) se produce un juego de exclusión – inclusión que tiene por finalidad dejar sentada la línea divisoria que ubica a un lado a los enfermos – los otros – y frente a estos los sanos – nosotros –.

- El escenario está organizado a partir de un fondo blanco y un sillón color crudo en el que se sienta el protagonista de la publicidad y, desde el cual, se emite el mensaje al televidente.

El encuadre de la escena es muy sencillo: un fondo blanco y un sillón de un solo cuerpo, con apoya brazos y un pequeño almohadón en el respaldo. El sillón tiene la apariencia de ser cómodo y confortable; sentados en él y en distintas posiciones (recostados, de costado, sentados bien adelante o en el apoya brazos) cada uno de los protagonistas da el mensaje que le ha sido asignado. El decorado se encuentra desprovisto de todo tipo de marca que permita asociarlo con un lugar en particular. A raíz de esto consideramos que la finalidad es que dicho espacio se constituya en la prolongación del living del televidente; en otros términos, que el sillón se incluya, se integre, a un lugar realmente existente: la casa del televidente. Creemos que la estrategia comunicacional en este caso radica en lograr una unificación del espacio, desdibujar la televisión como medio (en el sentido de mediación) y conectar sin intermediarios al enunciador y al destinatario. Es decir, los productores buscaron que el mensaje se transmita en un ambiente cálido y familiar

- Se utiliza el recurso del Plano General y del Primer Plano.

Así como todas las publicidades poseen una misma frase de acceso y de cierre, también comparten el modo en que fueron filmadas. Todas se inician con un Plano General que abarca al protagonista sentado en el sillón - mirando permanentemente a cámara - en donde, gradualmente con el transcurrir del mensaje, la cámara se va cerrando hasta llegar a un Primer Plano que, no sólo da cuenta que se acerca el final de la publicidad, sino que se utiliza para encuadrar el slogan de cierre: “*Avisá. El sida nos afecta a todos*”.

1- **Fernando Siro:** 32’’ (Idem mensaje de China Zorrilla)
¿Te puedo dar información sobre el sida?, sí, yo. Mirá, la droga y las relaciones sexuales ocasionales le caben a cualquiera, y sí, a vos también. Sí, ya lo sé, todos somos santos, pero hoy una canita al aire te puede costar caro. ¿A tu edad pedirte que uses preservativo?, y... pero, o te adaptás a los tiempos que vivimos o sonás. Vos podés elegir qué riesgos correr, yo también. Avisá, el sida nos afecta a todos.

Lo primero que podemos señalar en este mensaje es que a la pregunta de acceso le sigue un “*sí, yo*”, lo cual deja entrever que al receptor le llamará la atención que quien le está hablando pueda, o esté en condiciones, de suministrarle información sobre el sida. Si rastreamos las publicidades en las que se utiliza el “*sí, yo*” – como sinónimo escondido de “aunque te parezca mentira” – vemos que son tres y que las mismas se encuentran protagonizadas por personas que promedian o superan los sesenta años (*Fernando Siro, China Zorrilla y Cipe Lincovsky*). A raíz de esto podemos inferir que la “sorpresa” del televidente radicaría en el hecho de que una persona mayor le brinde información acerca del sida. ¿Y qué tiene de llamativo esto?, que precisamente el sida fue – y es – asociado a una problemática de los jóvenes, y no de los adultos mayores.

Paso seguido, y para dejar más en claro aún que se dirigen a un público joven, hacen referencia a dos temáticas que, desde el imaginario social, también se asocian como de exclusiva competencia de la juventud: la droga y las relaciones sexuales ocasionales. Aquí

el prejuicio juega una partida doble: no sólo vincula determinadas conductas con un grupo en particular, sino que juzga, con un claro tinte moralista, determinado tipo de prácticas: la *droga* y las relaciones sexuales *ocasionales*. Esto no sólo es prejuicioso sino, y fundamentalmente, imprudente ya que se está dando información errónea, pues las drogas o las relaciones sexuales en sí mismas (ya sean ocasionales o estables) no son vías de transmisión del VIH. El virus se transmite a través de la sangre, los fluidos sexuales o la leche materna. Pero si hay protección las posibilidades de infección disminuyen notablemente.

A tal punto el mensaje es moralizante que no se limita a ponderar comportamientos, sino que además les imprime un enfoque religioso: “(...) *todos somos santos, pero hoy una canita al aire te puede costar caro*”. Se traza el siguiente paralelismo: no sólo el mantener relaciones sexuales ocasionales (tirarse una canita al aire) es razón suficiente para perder la condición de santo – y pasar a ser demonio – , sino que es el primer paso hacia la muerte – o el infierno - (te puede costar caro).

Continúa de la siguiente manera: “¿A tu edad pedirte que uses preservativo?, y... pero, o te adaptás a los tiempos que vivimos o sonás”. Aquí se refuerza lo que venimos sosteniendo: la interpelación a los jóvenes a través del permanente tuteo, la pregunta ¿A tu edad pedirte que uses preservativo?, como diciendo “vos que sos tan joven y que crees que nada te puede pasar” y finalmente el término *sonás*, que no sólo sigue dando cuenta de un interlocutor joven sino que, una vez más, deja entrever el miedo y la muerte como socios inseparables del sida. Finalmente, y antes de la frase de cierre, se emite el último alerta: *Vos podés elegir qué riesgos correr, yo también*. Otra vez se hace hincapié en aquellas elecciones que, no sólo son castigadas socialmente, sino que implican – desde esta visión – serios peligros para quienes las llevan adelante (traducido: discriminación y muerte).

2- *Betiana Basualdo: 49*’

Consciente o inconscientemente se discrimina por muchos motivos, y todos hacen daño. Nosotros por ejemplo sentimos que la sociedad no se ocupa de brindarnos lo indispensable para integrarnos totalmente; duele, causa tristeza, pero.. ¿qué debe sentir un enfermo de sida que más allá de ser discriminado se puede estar muriendo?. Por si no lo sabías el sida sólo se contagia por la sangre y el semen, o sea que la saliva, la piel o el aliento no contagian. No discrimines nunca, y menos a un enfermo de sida, él no puede defenderse. Cuidarlo es cuidarte. El sida nos afecta a todos.

Esta es la única publicidad que posee otro encuadre – no está el sillón -, aparece una deportista (se deduce por su vestimenta) en silla de ruedas y con varias medallas colgadas en su cuello. Consideramos que estas medallas no son un dato menor, sobre todo si tenemos en cuenta que *Betiana Basualdo* es, de los protagonistas, la menos conocida; es decir, no es lo que se llama una persona pública. Por lo tanto, su mensaje no tomaría fuerza a partir de lo “mediático” del personaje en cuestión, sino por los premios obtenidos por la deportista.

La protagonista dice: “*Nosotros (los discapacitados) por ejemplo sentimos que la sociedad no se ocupa de brindarnos lo indispensable para integrarnos totalmente;*

*duele, causa tristeza, pero.. ¿qué debe sentir un enfermo de sida que más allá de ser discriminado se puede estar muriendo?. Como vemos, más que un modo de decir es una determinación: al enfermo de sida se lo considera como una persona con sentencia de muerte. La persona que vive con el virus es reducida a su más mínima expresión hasta el punto de anularla y considerarla incapaz de responder por sí misma: (...) *él no puede defenderse*. Pero esta subestimación viene empujada por un engañoso mensaje de buena intención: No discrimines nunca, y menos a un enfermo de sida. Si bien aquí se propone no discriminar a nadie, no queda claro qué razones existen para que el *enfermo de sida* sea una excepción (*menos a un enfermo de sida*).*

Creemos que lo que se evita enunciar en este mensaje son los motivos por los cuales una persona que vive con VIH es discriminada, o para ser más precisos, soslaya dar cuenta del proceso de estigmatización que recorre la problemática del sida, que margina y denigra a la persona que vive con dicha enfermedad. Lo que se cuestiona es que, si bien la consigna tiende a la no discriminación, justamente se produce lo contrario, pues considerar que las personas que viven con VIH no pueden defenderse es desacreditarlas y subestimarlas, apelando a sentimientos de compasión y lástima. Como vemos, se evoca a las personas que viven con VIH-sida a partir de una asociación directa con el binomio enfermedad – muerte provocando, consecuentemente, que el miedo aparezca como un elemento preponderante en dicha ecuación.

Por último, y previo al slogan final, se escucha un consejo: *Cuidarlo es cuidarte*, una propuesta aparentemente solidaria en la cual no queda demasiado claro si se apunta a tener presentes los tipos de cuidados que requiere una persona que vive con VIH (opción que descartamos porque en toda la campaña no se hace mención a este punto) o, en todo caso, ¿lo que debemos cuidar – léase: evitar – es que un *enfermo de sida* tenga contactos con nosotros, los “sanos”? Creemos que el discurso anti-discriminatorio termina siendo sólo una pretensión, ya que la estigmatización finalmente logra enquistarse en el corazón del mismo, dejando al descubierto las concepciones subyacentes acerca de la persona que vive con el virus y, por consiguiente, del sida como enfermedad.

3- *Padre Julio Grassi: 42''*

Cuentan que un joven mientras soñaba se encontró frente a frente con Dios, y en su rebeldía le dijo: “Dios, al ver las guerras, la injusticia, la miseria, las enfermedades crueles, yo me pregunto: ¿qué hiciste Dios mío para remediarlo?!”, y Dios le contestó, *“yo te hice a vos”*. *Si hoy hablamos de sida bien vale el ejemplo. ¿Por qué?, porque hasta hoy vos sos la única posibilidad que Dios nos dio para luchar contra el virus. Sí, sólo vos y tu prevención son el remedio efectivo. Informate, el sida nos afecta a todos.*

El posicionamiento del destinatario del mensaje es, en esta publicidad, más claro que en las anteriores, ya que el protagonista de la mini-leyenda religiosa es un joven. Pero como vemos, no se trata de un joven cualquiera, sino de uno que cuestiona a Dios y que, por tal motivo, es considerado *rebelle*, adjetivo que puede ser utilizado – al menos – en una doble acepción, pues generalmente se denomina rebelde a quien increpa o contradice y, al mismo tiempo, funciona como un calificativo fuertemente asociado a la juventud. Creemos que este último sentido es el que posee mayor incidencia en este mensaje ya que indirectamente - con el término *rebelle* - se estaría haciendo alusión a otras conductas que socialmente son consideradas como parte de la rebeldía juvenil, léase *drogas* y *relaciones sexuales ocasionales* (explícitamente nombradas en otras publicidades de la campaña, pero obviadas en boca de un sacerdote).

Seguidamente, se establece una construcción de sentido a partir de los significantes: *guerras, injusticia, miseria y enfermedades crueles*. Construcción que reviste una doble acepción, ya que por un lado se incluye al sida dentro de las llamadas *enfermedades crueles* (no olvidemos que el mensaje versa sobre esta problemática) y, por otro, se la incorpora a una cadena significativa dentro de la cual el sida se convierte, en un solo movimiento, en sinónimo de *guerra, injusticia y miseria*. Como vemos, se alista una especie de *artillería metafórica* generando un *desplazamiento de sentido* que termina por asociar al sida con las peores calamidades que puede sufrir la humanidad.

Ante la pregunta del joven acerca de qué ha hecho Dios para remediar tales males, éste contesta *“yo te hice a vos”*, respuesta que completa *J. Grassi* acotando que *hasta hoy vos sos la única posibilidad que Dios nos dio para luchar contra el virus. Sí, sólo vos y tu prevención son el remedio efectivo.* En relación con esto último

consideramos que la *lucha contra el virus* y el hallazgo del *remedio efectivo* no es una batalla personal que debemos librar cada uno de nosotros, pues la problemática del VIH-sida no supone una cuestión de creencias, sino en todo caso, la implementación de acciones y métodos de prevención que, de manera concreta, nos permitan cuidarnos y, al mismo tiempo, cuidar a los otros, como la utilización de preservativos en cada relación sexual.

Antes del cierre, *Grassi* pronuncia el imperativo *Informate*, es decir, les pide a los jóvenes que busquen información sobre sida, solicitud que suena coherente pues en su mensaje no aparece información al respecto. Por otra parte no queremos dejar de señalar que tanto en esta publicidad como a lo largo de toda la presente campaña, se asocia la prevención únicamente con dar o poseer información.

4 - Padre Julio Grassi II: 44''

Según nos dice San Pablo en las Sagradas Escrituras, todos somos un cuerpo, la sociedad es como un cuerpo. Por eso para nosotros no existen enfermos de sida por un lado y gente sana por otro. Lo que tenemos es una sociedad enferma de sida, la que en su conjunto debe luchar para vencerlo. Por eso, el sida ya nos afectó a todos. No se puede discriminar entre infectados y no infectados, ambos nos necesitamos. Hoy, más que nunca, debe sonar aquel "ama a tu prójimo como a ti mismo". El sida nos afecta a todos.

Nuevamente se recurre a la figura del sacerdote, pero en esta ocasión el destinatario aparece menos definido aún. Se cita un fragmento de la Biblia (*Según nos dice San Pablo en las Sagradas Escrituras*) para hacer alusión a una enfermedad que constituye un fenómeno social. De esa manera se apela a la religión como referencia, deslizándose cierto aire moralizador. Asimismo, el mensaje presenta al sida como una enfermedad que involucra a toda la sociedad refiriéndose a ésta como a una unidad sin fisuras (*la sociedad es como un cuerpo*), a partir de lo cual se puede vislumbrar un afán totalizador y homogeneizante que postula a la sociedad como un bloque, desconociendo de este modo las particularidades y las diferencias existentes entre las personas y sus prácticas.

El texto argumenta que *tenemos una sociedad enferma de sida*, cuando en realidad esto no es así, lo cual no sólo supone un error sino el hecho que las personas que no viven con el virus ni con la enfermedad (como ya dijimos, el público central de una campaña de prevención) pueden no sentirse interpeladas por un mensaje que no las incluye. Por otra parte, podemos arriesgar que dos grandes metáforas guían la inteligibilidad de este mensaje: por un lado la de la sociedad presentada como un cuerpo que, como acabamos de mencionar, persigue la exposición de una figura sólida e inquebrantable y, por otra parte, una metáfora propia del vocabulario bélico, que hace su aparición cuando se afirma que la sociedad *en su conjunto debe luchar para vencerlo* (al sida).

5- *Virginia Lago: 37''*

¿Te puedo dar información el sobre sida?. Si, ya sé que muchos de Uds. saben cómo prevenirse, pero “a la hora de la verdad” generalmente se olvidan. Por eso y porque vos siempre pedís que se te recuerde cómo evitar el contagio, recordá: si tenés relaciones sexuales ocasionales usá preservativo, y si van o vas a usar una jeringa en tu cuerpo, por favor, que sea descartable. Ahora todo depende de vos y de cuánto te quieras. Cuidate. El sida nos afecta a todos.

A partir de este spot podemos ver cómo dentro de una misma campaña existen diferencias significativas entre los mensajes que la conforman. Veamos, en el primer mensaje que da el Padre Julio Grassi rastreamos la asociación lineal y unívoca que opera entre prevención e información. Ahora bien, en la presente publicidad que protagoniza *Virginia Lago* se incluye una variante al respecto. La actriz dice : *Si, ya sé que muchos de Uds. saben cómo prevenirse, pero “a la hora de la verdad” generalmente se olvidan*. Lo que nos parece interesante resaltar – aunque ésta no sea la intención del contenido del spot – es que la referencia a ese olvido nos posibilita otra mirada frente al VIH-sida, en donde ese nuevo enfoque implica incluir la subjetividad al momento de abordar dicha problemática. Para decirlo en otros términos, contar con información no garantiza que la misma se pueda aplicar, operacionalizar, bajo cualquier circunstancia, pues en la práctica se ponen en juego un montón de factores que no tienen que ver con el orden de lo consciente sino con el plano afectivo, emocional y valorativo

de los sujetos. Son sus vivencias e imaginarios las que moldean sus conductas, y no únicamente sus saberes previos.

De todos modos no podemos dejar de señalar el eufemismo con el que se alude a determinadas conductas. Consideramos que hablar de “*la hora de la verdad*” no es un mero recurso estilístico sino que, en todo caso, es una manera de seguir hablando “sin nombrar” algunos temas. A continuación, y haciendo alusión a un supuesto pedido de información por parte del destinatario (*vos siempre pedís que se te recuerde cómo evitar el contagio*), *Virginia Lago* enuncia dos métodos de prevención: jeringas descartables y preservativos; eso sí, siempre vinculando a este último sólo con las relaciones sexuales ocasionales. Paso seguido, y antes del cierre, la protagonista de la publicidad nos dice *Ahora todo depende de vos y de cuánto te quieras*. Aquí vemos cómo – nuevamente – el poseer información se muestra como condición suficiente para prevenirse, con el aditivo que no cuidarse es sinónimo de no quererse.

6- *Eduardo Lorenzo: 52*”

¿Te puedo dar información sobre el sida?. Es muy importante saber cómo prevenir el contagio. ¿Por qué tengo esto en la mano, una jeringa? Contagia. Gran factor de riesgo. Pinchás a alguien, la sangre tiene el virus, te pinchás vos, pasa el virus de él a vos; y además se han inventado las descartables para evitar este tipo de contagios, no sólo el del sida. Muchas otras enfermedades se contagian igual. Tenés que tener cuidado y usar descartables, y cuando la descartes, cuando la tires, tené cuidado dónde, porque si alguien viene atrás, un recolector de basura, y se pincha, también se puede contagiar. Cuidate. El sida nos afecta a todos.

Aquí nos encontramos con una de las instituciones que, como dijimos al inicio del análisis, enmarcan los mensajes que circulan al interior de la campaña: la Ciencia. El discurso bio-médico tiene un lugar central en torno al VIH-sida y en nuestra sociedad toda. Aquello que la medicina sostiene es rara vez contradicho y no es comparable con lo que cualquiera tenga para decir. Esto se ve claramente en este spot, ya que *Eduardo Lorenzo* es el único de los protagonistas (del corpus analizado) que no se sienta en el sillón. Sólo se recuesta en uno de los apoya brazos, es decir, no ocupa el mismo lugar

que el resto de los participantes pues su mensaje es proferido desde otro campo: el de la Ciencia.

Tal vez pequemos de osados, pero lo primero que deseamos señalar es que el mensaje que nos brinda el médico comienza con un error conceptual, pues él dice que *Es muy importante saber cómo prevenir el contagio*. Si bien es común que los términos transmisión y contagio se utilicen prácticamente como sinónimos, en este caso no es un dato menor, básicamente, por dos razones: la primera, es que la presente campaña se realizó en el año 1998 donde la información acerca del VIH-sida era lo bastante abundante y específica y, en segundo lugar, que la terminología está siendo utilizada por un representante del discurso médico. El VIH-sida no se contagia, sino que se transmite. Estos no son términos intercambiables, pues que una enfermedad sea contagiosa supone que no tenemos manera de evitarla. Es como si el VIH pululara por el aire y se alojara en nuestro organismo; nada de esto sucede con el virus, ya que es factible tomar medidas de prevención y, de este modo, bloquear las vías de transmisión por medio de las cuales se contrae el VIH. Consideramos que, si se instala y se reproduce (y sobre todo desde la voz de la Ciencia) aquel imaginario que habla de *contagio* como de una posibilidad alta y no se especifican bien cuáles son las vías de transmisión del virus se termina infundiendo el miedo y la confusión.

Lo diferencial de esta publicidad no sólo se registra en que *Lorenzo* es el único de los protagonistas que no toma asiento en el sillón, sino que también es el único que muestra en cámara uno de los elementos de prevención: la jeringa descartable. El estatus del discurso científico también se hace presente en esta oportunidad. Como vemos, sólo el médico posee la autoridad suficiente para mostrarle a la audiencia uno de los métodos de cuidado, ninguno de los otros protagonistas lo hace.

7- *Carina Zampini: 21''*

¿Te puedo dar información sobre el sida?. Es un tema para tomar en serio, pero no para ponerse serio. Porque vos con información y prevención podés vivir tu vida plenamente. Cuidate con el sexo y la droga. El preservativo y la jeringa descartable disminuyen el riesgo de contagio. Cuidate. El sida nos afecta a todos.

Rescatamos de este spot la idea de que el sida es un tema para tomar en serio, pero no para ponerse serio, pues entendemos que es un buen puntapié para desdramatizar esta problemática, es decir, dejar de preocuparse para comenzar a ocuparse. Al mismo tiempo, y si bien es interesante la propuesta que se hace a tener una vida plena, no se deja de mencionar – una vez más – al sexo y a la droga como dos peligros latentes.

8- **Juan Alberto Mateyko: 53''** (Idem mensaje de Damián De Santo y Pablo Novak)

¿Te puedo dar información sobre el sida?. Es muy importante saber cómo prevenirte. Existen dos grandes caminos para el contagio: el sexo y la droga. Salvo en una pareja en donde los dos estén haciendo el amor por primera vez y que no se hayan drogado nunca, cabe la posibilidad de que estés manteniendo relaciones con un portador de sida. Por eso, si mantenés relaciones con parejas ocasionales, cuidate, usá preservativo. Así podés disminuir el riesgo de contagio tuyo y del otro. ¿Cómo?, ¿qué a vos te gusta la transa, no te cuidás y nunca te pasó nada?. Vos podés elegir qué tipo de riesgos correr, yo también. Avisá, el sida nos afecta a todos.

Nuevamente (o mejor dicho, viejamente) se alude al sexo y la droga como prácticas peligrosas y como las únicas dos vías de transmisión del virus. Pero en esta oportunidad se hace presente un mito de otro tipo, veamos: *Salvo en una pareja en donde los dos estén haciendo el amor por primera vez y que no se hayan drogado nunca, cabe la posibilidad de que estés manteniendo relaciones con un portador de sida.* Nos preguntamos, ¿qué pasa si una, o las dos personas ocultan una relación sexual previa o que compartieron jeringas?. La instalación del “mito de la confianza”, a partir del cual se predica el deber (ser) de *conocer* a la persona con la que se mantienen relaciones sexuales, no sólo es falaz sino que es muy imprudente, pues aumenta las posibilidades de contraer el virus, ya que en lugar de recurrir a los métodos efectivos de prevención se deja todo en un libre albedrío en donde los prejuicios y las pre-nociones se convierten en los guías de nuestros actos.

Casi finalizando el mensaje aparecen nuevamente alusiones al destinatario. Recurriendo una vez más al vocabulario adolescente (transa), el protagonista de la escena simula escuchar una pregunta del televidente *¿Cómo?, ¿ que a vos te gusta la*

transa, no te cuidás y nunca te pasó nada?. Es como si pudiera leer sus pensamientos, y ante los cuales le advierte: Vos podés elegir qué tipo de riesgos correr, yo también. Avisá, el sida nos afecta a todos.

9- Fabián Gianola: 44''

¿Te puedo dar información sobre el sida?. Es muy importante saber cómo prevenir el contagio. Cuando hablamos de la droga y del sida asociamos el contagio a la reutilización de las jeringas, pero hay otro riesgo que la droga genera, ya sea inyectable o no: el descontrol. Sí, porque la locura y el exceso que la droga generan en tu conducta te pueden llevar a situaciones promiscuas que maltratan tu cuerpo hasta dañarlo y quedar al borde del contagio ya sea por sangre o por semen. Vos podés elegir qué tipo de riesgos corrés, yo también. Avisá, el sida nos afecta a todos.

Seguramente en un solo spot no se pueden abarcar varios temas ni dar distintos niveles de información, pero entendemos que si se decide hacerlo debe efectuarse de la manera menos confusa posible. ¿A qué apuntamos?. En esta oportunidad se aborda – como en otras publicidades ya descriptas – el tema de la droga, pero una vez más no se efectúa ningún tipo de distinción entre *uso*, *abuso* y *adicción* a las drogas y, al mismo tiempo, se homogeneizan los efectos que las diferentes sustancias producen en cada uno de los sujetos que las consumen (*descontrol*, *locura* y *exceso*). Evidentemente la droga aparece como el gran causante de la infección por VIH argumentando, erróneamente, que el riesgo pasa por la reutilización de las jeringas cuando, en todo caso, éste radica en compartir las jeringas con otros usuarios de sustancias inyectables.

Se introduce nuevamente el tema de la promiscuidad como una amenaza contra la salud, continuando de este modo con el énfasis en la calificación de las conductas humanas, trazando parámetros de lo que “es” y lo que “no es” normal. La información acerca de las vías de transmisión es parcial y confusa: se habla del semen y de la sangre como las únicas vías, desconociendo las restantes.

10- Pepe Soriano: 64''

¿Te puedo dar información sobre el sida?. No soy moralista, viví unos años en España y tenía amigos y entre ellos, uno, artista, argentino, inteligente, lúcido; murió

de sida. Lo acompañé hasta el último segundo; no se lo deseo ni al peor de los enemigos. Por favor, cuidado con las jeringas, usar preservativo, esto nos afecta a todos y a cualquier edad, a los 15 años, a los 20, a los 30, a los 60, hombres, mujeres. Por favor cuidado con la jeringa, cuidado con las relaciones ocasionales, usar preservativo. Por favor, más que por favor, es un ruego. Y avisá, avisá, avisá, avisá, no es joda. El sida nos afecta a todos.

Esta es la única publicidad donde el protagonista comienza hablando de sí mismo. En este caso *Pepe Soriano* se define a partir de lo que dice no ser. El actor abre el mensaje (luego de la frase acceso) con un *No soy moralista*. Si a este texto le sumamos el modo en que es dicho (tono), vemos que el proclamarse no moralista funciona como una especie de aviso, una advertencia aclaratoria que precede al mensaje que dará a continuación. Paso seguido relata: *viví unos años en España y tenía amigos y entre ellos, uno, artista, argentino, inteligente, lúcido; murió de sida*. Consideramos que la intención de describir al amigo a partir de las cualidades favorables que utiliza es para desmitificar la idea que sostenía – y se sostiene en gran parte - que el sida sólo afectaba a determinados *grupos de riesgo*, o lo que se dio en llamar las 4H (homosexuales, hemofílicos, heroinómanos y haitianos) con las correlativas características negativas que se asocian a dichos grupos.

Si bien rescatamos la intención de no encasillar a la persona que vive con VIH, es decir, dejar de circunscribirla a lo que se denomina un *grupo de riesgo*, creemos que el mensaje está centrado en la muerte, en otras palabras, vincula al sida con una enfermedad terrible y espantosa (no se lo deseo ni al peor de los enemigos) que conduce inexorablemente a la tumba.

Asimismo, el “alerta” frente al uso de jeringas y el “peligro” que conllevan las relaciones sexuales ocasionales, tampoco escapan al contenido del presente mensaje. Por otro lado, podríamos decir que el cierre que hace *Soriano* es uno de los más “enérgicos”, y que de algún modo linda con dramático, ya que su pedido termina por convertirse en un *ruego*: el *avisá* se multiplica por cuatro y remata con un *no es joda*.

11- Raúl Portal: 65''

La palabra discriminación es seguramente una de las más tristes de nuestro vocabulario, pero es también una de las palabras con mayor cantidad de sinónimos. ¿Qué tal si recordamos algunos de ellos, aunque te duela eh? Indiferencia, insensibilidad, desamor, crueldad, soberbia, maldad, injusticia, delito, odio, imbecilidad, desprecio, complicidad, genocidio, infamia, pecado, y muchos, muchos más. El que discrimina a un enfermo de sida está, sin lugar a dudas, muchísimo más enfermo que él. Por eso te propongo, mientras luchamos para descubrir la vacuna contra el sida, vacunarnos ahora mismo, ya, contra el terrible virus de la discriminación, con un remedio muy sencillo, gratuito e infinito además: el amor, te lo recuerdo. El sida nos afecta a todos.

Raúl Portal - protagonista de la publicidad - es un personaje conocido por la invención (y deformación) de nuevas palabras. En esta oportunidad también se dedica a jugar con ellas, pero no lo hace desde la creación sino desde la asociación. Le propone al receptor recordar algunos de los sinónimos de discriminación, en donde finalmente termina pronunciando quince palabras con una fuerte carga negativa. Pero el efecto anti – discriminatorio que pretende generar se ve anulado con la frase que le sigue a la nómina de sinónimos: *El que discrimina a un enfermo de sida está, sin lugar a dudas, muchísimo más enfermo que él*. Lo que supone este dicho es, precisamente, un acto discriminatorio por excelencia ya que el mismo término al que se recurre para hablar de una persona que vive con VIH – enfermo de sida – , es utilizado para denigrar, acusar y desvalorizar a quien discrimina – más enfermo que él –; en otras palabras, y desde esta óptica, estar enfermo se convierte en un insulto, en un adjetivo des- calificador.

15- Ximena Fassi: 56''

¿Te puedo dar información sobre el sida?. Es muy importante saber cómo prevenirte, si tenemos en cuenta que el virus se transmite a través de la sangre, el contagio se puede dar de muchas formas, el dentista, por ejemplo, utiliza elementos en tu boca que, generalmente, toman contacto con sangre. Tené cuidado, como lo tiene el dentista con vos al atenderte con guantes para evitar su posible contagio. O dentro de unos meses, cuando yo esté dando a luz a mi bebé, todos vamos a tomar precauciones

contra el sida. Sí, los médicos y nosotros. No subestimes al sida, cuidate, el sida nos afecta a todos, ¿no? (le pregunta a la panza).

La publicidad comienza con un error o, a fin de ser más precisos, una falaz sobredimensión. Dice la actriz: *si tenemos en cuenta que el virus se transmite a través de la sangre, el contagio se puede dar de muchas formas*. Como sabemos esto no es así pues la transmisión del virus está lejos de ser infinita o indeterminada.

Seguidamente, y a fin de identificar una de las circunstancias en las que se deben tomar medidas de precaución, *Ximena Fassi* nombra al *dentista*. Si bien es cierto que la visita al odontólogo debe estar acompañada de los cuidados pertinentes, la toma de recaudos o medidas de prevención se muestra asociada con la instalación de mitos que, en general, tienen por objetivo desvirtuar y confundir, al mismo tiempo que avivar fantasmas en torno a la problemática en cuestión.

Aquí rastreamos otra metáfora belicista cuando se solicita al televidente tomar *precauciones contra el sida*. La noción de enfrentamiento y, por lo tanto, de enemigo a combatir se dejan entrever detrás de este pedido. A su vez la misma es combinada con una *personificación*: se habla de *no subestimar al sida*. Utilizando un recurso propio de las fábulas (darle vida a cosas inanimadas), se complementa con la antedicha metáfora belicista pues *vivifica al sida*, o en otras palabras, le da cuerpo, es decir, materializa al *enemigo*, que hay que combatir.

16 – *Cipe Lincovsky: 43*”

¿Te puedo hablar del sida?. Sí, yo. La droga y las relaciones sexuales ocasionales pueden ser peligrosas. Haceme caso, usá preservativo, o pedile a tu pareja que lo use. La droga, ya sea por el descontrol que te provoca o por compartir jeringas, genera alto riesgo de contagio. Uds. saben que yo perdí un gran amigo por el sida, cuidense, por favor, el sida nos afecta a todos.

El aviso de peligro frente a las *drogas* y las *relaciones sexuales ocasionales* – puntos recurrentes en el conglomerado de publicidades – es acompañado, en esta oportunidad, por un pedido de obediencia: “*Haceme caso*”...., convirtiéndose en el

único spot en donde el protagonista le solicita, explícitamente, al destinatario que haga lo que éste le pide. A su vez, no podemos dejar de señalar el tono excesivamente dramático del mensaje. La apelación al miedo se hace presente una vez más: se habla del sida como de un camino que lleva ineludiblemente a la muerte.

Por su parte, el cierre del mensaje apela, directamente, a la memoria y sensibilidad de los receptores. *Cipe Lincovsky*, nos recuerda: *Uds. saben que yo perdí un gran amigo por el sida*, poniendo en juego los conocimientos del público, pues no todos saben que la persona de la cual está hablando es *Jorge Donn*. Consideramos que la referencia al bailarín se debe a que éste fue unos de los casos de muerte por sida más resonantes dentro del medio artístico y que genera una fuerte repercusión en la audiencia el poder relacionar dicha enfermedad con una persona públicamente conocida.

Desarrollo de los Ejes

Con el análisis de las campañas que acabamos de presentar estamos en condiciones de decir que hemos concluido con la primera parte del *trabajo de rastreo* propuesto, es decir – y tal como lo explicitamos en el Marco Metodológico – recorrimos el corpus con la finalidad de identificar distintas marcas discursivas a partir de las cuales poder efectuar una primera aproximación en torno a la construcción social que sobre el complejo VIH-sida operó en el período 1989-1998 desde las campañas masivas de prevención – audiovisuales – elaboradas por el Estado nacional.

Por otra parte, cabe aclarar que el haber realizado un abordaje analítico por separado de cada una de las campañas, sólo reviste un fin meramente práctico pues nuestro objetivo (ver Marco Metodológico) no es tomar a las mismas como productos individuales e independientes unos de otros, sino como discursos sociales a partir de los cuales poder dar cuenta de las representaciones e imaginarios predominantes en el contexto y ámbito que hemos delimitado.

Asimismo, y si bien tenemos en cuenta que las distintas campañas poseen particularidades y características específicas que las distinguen entre sí, nuestra finalidad apunta a reconocer aquellos **elementos predominantes y compartidos entre las distintas producciones discursivas**, a fin de poder construir ejes analíticos (los cuales a su vez sirvieron de guía a lo largo del análisis) que atraviesen horizontalmente dichas producciones. En este punto es donde anclamos la segunda parte del *trabajo de rastreo*, es decir, la descripción de los cuatro **ejes analíticos** sugeridos en el inicio del presente trabajo, a saber: **1) Definición del enunciador y del destinatario; 2) Estrategias de interpelación; 3) La construcción operada a través del lenguaje y 4) Concepto de prevención.**

Eje 1 : Definición de enunciador y destinatario

Como afirma Verón (1985, 29) , la lectura – que involucra, por supuesto, a la recepción de cualquier mensaje en cualquier soporte - es una actividad eminentemente significativa, o más específicamente aún, “un proceso socio-cultural de “captura” del sentido de un texto, de un discurso (o más en general, de un media)”.

En la superficie de cualquier fenómeno discursivo se establece siempre una relación que marcará a fuego a ese discurso: el **vínculo entre el enunciador del mensaje y el destinatario del mismo**. Pero al mismo tiempo, existe otra relación que subyace a la producción discursiva, y ése es el vínculo que se teje entre cada soporte – en el caso que a nosotros nos compete, el televisivo – y la recepción. “La relación entre un soporte y su lectura reposa sobre lo que llamaremos el contrato de lectura...En el caso de las comunicaciones de masa, es el medio el que propone el contrato” (Verón, 1985, 3).

Como asegura Verón,

Se trata, primeramente, de distinguir, en el funcionamiento de cualquier discurso, dos niveles: el enunciado y la enunciación. El nivel del enunciado es aquel de lo que se dice (en una aproximación gruesa, el nivel del enunciado corresponde al orden del “contenido”); el nivel de la enunciación concierne a las modalidades del decir. Por el funcionamiento de la enunciación, un discurso construye una cierta imagen de aquel que habla (el enunciador), una cierta imagen de aquel a quien se habla (el destinatario) y en consecuencia, un nexo entre estos “lugares”. (Verón, 1985, 3)

En la misma senda agrega: “En un soporte de prensa, como en cualquier discurso, todo contenido es necesariamente tomado a cargo por una o múltiples estructuras enunciativas. El conjunto de estas estructuras enunciativas constituye el contrato de lectura que el soporte propone a su lector” (Verón, 4). Por eso es muy importante tener en cuenta la importancia que el contrato de lectura posee, pues se trata ni más ni menos del espacio donde se teje el vínculo entre cada soporte y sus lectores.

En todo texto, ya sea escrito, oral, televisivo, radial, etc., están presentes las marcas que dan cuenta de dos seres, como los califica Eliseo Verón, “virtuales”, el enunciador, o la imagen que el productor construye de sí mismo y el destinatario, o la

imagen que el productor da, nuevamente en el texto, de su supuesto receptor. Enunciador y destinatario son entidades discursivas diferentes del emisor y destinatarios reales.

De hecho, cuando se hace referencia a la estrategia enunciativa utilizada en tal o cual producción discursiva, ésta no es otra cosa que la manera en que se construye a lo largo del texto - las campañas de prevención, por ejemplo - la figura del enunciador, del destinatario y la relación que entre ellos se establece. Un análisis del discurso implica dar cuenta de la figura del enunciador, conocedor del tema y que quiere dar información, cómo la da y el destinatario que construye, si está o no familiarizado con el tema, si se lo plantea como un receptor ignorante o conocedor del asunto, etc. En otros términos, se trata de profundizar el análisis del discurso indagando sobre el **contrato comunicacional** (estrategias enunciativas) que se ha puesto en juego para comprender cómo se produce, circula y se consume el discurso.

Destinatario joven

En ese camino, el análisis de las campañas nos permite arribar a algunas definiciones que iremos viendo detalladamente. En primer lugar, siempre en relación con el contrato que propone el texto de las campañas, podemos afirmar que **los mensajes construyen un destinatario joven**: todos los protagonistas tutean y utilizan algunos términos con los que los jóvenes están más familiarizados. Sin embargo, plantean un destinatario demasiado universal y abstracto, ya que no se reconocen las particularidades y las diferencias existentes entre los individuos que corresponden a la franja etaria seleccionada para destinar el mensaje.

Veamos:

- “ no importa lo que sos/ importa que sos vos. / ofrecé tu ayuda ”; “S_iDA! que no te sorprenda”; ¿Te puedo dar información sobre el sida; Mirá, la droga y las relaciones sexuales ocasionales le caben a cualquiera, y sí, a vos también; ¿Cómo?, ¿qué a vos te gusta la transa, no te cuidás y nunca te pasó nada?¿A tu edad pedirte que uses preservativo?, y... pero, o te adaptás a los tiempos que vivimos o sonás. Vos podés

elegir qué riesgos correr, yo también. Y avisá, avisá, avisá, avisá, no es joda; Avisá, el sida nos afecta a todos. Etc., Etc., Etc.

De esta manera, las campañas focalizan su discurso en un público joven. A partir de allí procuran entonces establecer cierta confianza y complicidad, para dar lugar a los consejos y las recomendaciones que subyacen en todos los textos analizados. A continuación veremos por qué sucede esto.

Aplicando la pedagogía

Verón realiza también una definición que se vuelve sustancial para nuestro análisis. Se trata de la caracterización del “**enunciador pedagógico**”. Con la presencia de este tipo de enunciador, “el contrato se construye entre un nosotros y un ustedes explicitados, y el nexa se hará entre dos partes desiguales, una que aconseja, informa, propone, advierte, brevemente, que sabe; la otra que no sabe y es definida como destinatario receptivo, o más o menos pasivo, que aprovecha” (Verón, 1985, 7). Se genera así una **distancia pronunciada entre el enunciador y el destinatario**.

Esta configuración de un enunciador pedagógico atraviesa gran parte de los textos de las campañas que analizamos. Mediante esa construcción se procura interpelar a un destinatario que es preconcebido como poco conocedor de la materia y que estaría a la espera de definiciones y consejos que orienten sus prácticas de allí en más. El enunciador aparece entonces como una especie de consejero permanente, con una gran sabiduría que legitima la posibilidad de “enseñarle” al destinatario cuál es la “verdad”. Asimismo, ese enunciador pedagógico estaría en condiciones de decirle a su destinatario qué es lo que debería hacer, qué es lo que no, qué es lo que debería sentir y qué es lo que no puede sentir. Veamos,

- *Cuando vemos lo que dicen los jóvenes, lo que actúan, lo que hacen, vemos a través de sus gestos y oímos por sus palabras una serie de dudas acerca de estos virus. Y yo trataba de anotar algunas de las que habitualmente nos preguntan y la verdad es que se llena la pantalla (de la computadora que tiene enfrente) y entonces prefiero recordar algunos hechos básicos que*

alejan muchas de las dudas; Tratemos entonces de conocer, no de ignorar porque a través, insisto, del conocimiento lograremos prevención; “Si Ud. quiere hacer esto..., haga esto”; Es su vida. Protéjase; Estemos lejos de las drogas y de las jeringas usadas; ¿Qué es entonces lo que cada uno de nosotros debe hacer? Bueno, primero informarse, estar educado, conocer la verdad sobre SIDA, hablarlo de una manera responsable, franca, leal, y replicar esta información transmitiéndola a otros, ser cada uno una multitud; Hay distintas manera de tener sexo con otra persona: una sería sexo en fidelidad, donde ambos se son fieles y ahí el riesgo es ninguno, la pareja estable, fiel, segura. Otra sería el sexo en promiscuidad: bueno acá es obvio el riesgo, eso ya es contacto sexual; termina la grabación del mensaje y cuando está preparándose para salir del estudio ingresan los actores del film, se saluda, Miroli los felicita y les dice: yo les agradezco mucho que me hayan ayudado para poder llevar este mensaje a la juventud; uno de los actores le comenta: nosotros ahí estábamos charlando, teníamos una inquietud, queríamos saber... etc., etc., etc.; Lo ideal es tener relaciones sexuales acompañadas de un diálogo sincero, buscando la satisfacción de ambos; ¿Te puedo dar información sobre el sida?. sí, yo. Mirá, la droga y las relaciones sexuales ocasionales le caben a cualquiera, y sí, a vos también.; Por si no lo sabías el sida sólo se contagia por la sangre y el semen; Informate, el sida nos afecta a todos; Por eso y porque vos siempre pedís que se te recuerde cómo evitar el contagio, recordá: si tenés relaciones sexuales ocasionales usá preservativo; Cuidate con el sexo y la droga; Por eso te propongo, mientras luchamos para descubrir la vacuna contra el sida...; No subestimes al sida; ¿Te puedo hablar del sida?. Sí, yo. Haceme caso.

La estrategia se vuelve elocuente. Se configura un enunciador que es el que detentaría la verdad y la autoridad sobre la materia y se le habla a un destinatario que es preconcebido como poco conocedor del tema y cuyos saberes no parecen ser tenidos en cuenta. Así, muchas veces se ha partido del supuesto de un sujeto que sería “deficitario”, pasivo y sometido a un discurso exclusivamente racional. La configuración de un enunciador pedagógico responde habitualmente a esa concepción,

en donde además se apela a un destinatario que se regiría permanentemente mediante acciones eminentemente racionales y previsibles y en donde las actitudes que tienen estrecho vínculo con las esferas del deseo y del goce son descartadas o condenadas por el propio discurso.

La pasividad del destinatario

Tal como expone Castiel (1996, 92) –y como hicimos referencia-, el destinatario de las campañas preventivas, aquel sujeto al cual le “hablan” las campañas de prevención parece ser concebido como deficitario y pasivo, racional y a-histórico, a-social y a-cultural. El sujeto es caracterizado únicamente como racional, de modo que la comunicación apela únicamente a la racionalidad y descuida, por ejemplo, el plano pulsional.

Desde nuestro punto de vista – retomando preceptos de la Comunicación en Salud en tanto disciplina - la comunicación es entendida como un proceso permanente de negociación del sentido y, por ende, este último no puede estar depositado en un enunciador "sabelotodo" que informa a un destinatario pasivo. Tanto en la instancia de producción – en el diseño y la confección de un spot televisivo o, por ejemplo, de cualquier material de prevención de VIH-sida - como en la de reconocimiento existe y se disputa el sentido. La persona a quien está destinada un mensaje no asume pasivamente la información sino que otorga sentido e inaugura un proceso continuo de resignificación.

Los receptores realizan una tarea activa y fundamental, pues seleccionan y desestiman determinados mensajes, otorgan determinados sentidos y descartan otros, introducen nuevas significaciones o modifican las propuestas. De allí que sea discutible configurar un destinatario al que se considera pasivo y al que habría que “inyectarle” información.

El resultado de la campaña de prevención dependerá, en gran parte, de la construcción del enunciador y de los destinatarios: difícilmente se interpele a un público si se parte de estereotipos pre-fabricados y de representaciones culturales impostadas.

La ciencia juega su papel en la configuración del enunciador

En este camino que venimos transitando – el de la relación que los discursos establecen entre enunciador y destinatario – también podemos percibir que **el discurso científico opera como una variable legítima en la instancia del enunciador.** Muchas veces el enunciador justifica su legitimidad en un discurso que antecede al suyo y que es el de la ciencia. Con ello no estamos restándole legitimidad al discurso médico. Lo que sucede es que a veces ese discurso resulta suficiente para explicar determinada problemática, pero en muchas otras su alcance se vuelve más relativo. En esa senda, acordamos con Grimberg, (1995) cuando sugiere que también es necesario analizar las representaciones que se tejen en torno del conocimiento y de la práctica médicas, pues esas representaciones están inmersas en determinada normatividad, que es la preponderante, la del discurso médico hegemónico y que en algunas circunstancias puede expresar relaciones de poder, puesto que el discurso médico-científico da sustento y legitimidad a la verdad social y política. Esa construcción médica y social del VIH-sida y la noción de conductas de riesgo se sostienen en otra construcción moral que las antecede, donde lo "normal" se propone desde la heterosexualidad puramente reproductiva.

De hecho, en “Un camino para dos” la voz es asumida por un médico que aconseja permanentemente al destinatario. El saber allí está legitimado por su profesión, de la misma manera que sucede en los spots donde la que aconseja es una enfermera. Por último, en la campaña “Sillón Blanco” aparece enunciando uno de los discursos el Dr. Borocotó y es él el único que muestra en cámara cuáles son los métodos y los dispositivos de prevención.

Eje 2: Estrategias de interpelación

En esta instancia nos interesa hacer hincapié en cuáles son las **estrategias de interpelación** que ponen en juego las campañas. Es decir, cuáles son los mecanismos mediante los que se procura convocar al destinatario de los mensajes, cómo se pretende que el texto sea leído o qué sensaciones movilizar para que las campañas sean bien recepcionadas.

Uso del imperativo

Eliseo Verón (1985, 7), en su texto referido al contrato de lectura, sostiene que los contratos se sustentan en determinada complicidad existente entre el enunciador y el destinatario. Para ello, una estrategia bien definida es la que Verón caracteriza como de **“interpelación”** al destinatario, la cual se vale habitualmente del **empleo casi sistemático del imperativo**. De esa manera se señala directamente al destinatario, se lo hace sentir partícipe del discurso.

Al repasar las campañas que hemos analizado, podemos darnos cuenta de que este mecanismo de interpelación sustentado en la **utilización del imperativo** se vuelve recurrente. Como hemos visto en el eje destinado a la relación existente entre enunciador y destinatario, ello se da por una elección, por una decisión de encarar la enunciación desde la posición de saber que detentaría el enunciador. De esa manera, se emplea el imperativo, primero para interpelar directamente al destinatario, para que sienta que es justamente a él al que se le está hablando, pero además, desde una postura de asimetría, el enunciador escoge interpelar al destinatario, convocarlo a través de sus consejos.

A modo de ejemplos, podemos citar estos fragmentos de las campañas para que el uso que se hace del imperativo se vuelva más ilustrativo:

- *“ofrecé tu ayuda”; “Si Ud. quiere hacer esto...” “... haga esto”; “Si Ud. quiere hacer esto...” “... Ud. tiene que hacer esto”; Es su vida. Protéjase; Avisá, el sida nos afecta a todos; Informate, el sida nos afecta a todos; Tenés*

que tener cuidado y usar descartables; Cuidate con el sexo y la droga; Y avisá, avisá, avisá, avisá, no es joda; Tené cuidado; Cuidate con el sexo y la droga; Haceme caso, usá preservativo, o pedile a tu pareja que lo use.

Con ello no estamos sosteniendo que el imperativo no deba o no pueda ser utilizado en los discursos de prevención. Lo que sucede es que si se lo emplea recurrentemente, el mensaje parece reducirse a un ámbito de enseñanza y, de esa manera, se construye un destinatario que aparece como totalmente pasivo, cuyo rol se limitaría a tomar nota de lo que se dice. Así se corre el riesgo de desconocer los saberes de las propias personas y su capacidad de asumir decisiones en forma autónoma. El uso del imperativo casi limita esa posibilidad de decidir con autonomía cuáles son los mejores caminos para cuidarse de la infección, o qué actitudes asumir para enfrentar la problemática que plantea la enfermedad.

Nosotros inclusivo

Al mismo tiempo, las estrategias de interpelación también tienen la capacidad de “hacer hablar” directamente al destinatario. Así, la complicidad, generada a través de la interpelación directa, opera como una identificación entre las figuras del enunciador y del destinatario. Hasta tal punto ello se da así que a veces el discurso del enunciador pone en escena lo que Benveniste (1996, 225-226) define como un “**nosotros inclusivo**”.

Ese **empleo del nosotros** se propone conseguir una identificación muy clara entre el enunciador y el destinatario. Al hablar en la primera persona del plural se incluye directamente al destinatario en el proceso de enunciación, a tal punto que se busca que enunciador y destinatario parezcan una única y una misma figura y, de ese modo, todos se sientan convocados y partícipes del mensaje. Veamos:

- *"Todos nos merecemos vivir mejor / todos lo lograremos cuidándonos/; Es muy importante que hablemos del S.I.D.A.; No sirve de nada que guardemos nuestros temores; en la medida que seguimos pensando, “esto no es para mí, esto es para el otro”; Estemos lejos de las drogas y de las jeringas usadas;*

¿Qué es entonces lo que cada uno de nosotros debe hacer? Bueno, primero informarse, estar educado, conocer la verdad sobre SIDA, hablarlo de una manera responsable, franca, leal, y replicar esta información transmitiéndola a otros, ser cada uno una multitud; el SIDA nos plantea una disyuntiva de hierro: amar o no amar; Si vencemos nuestros prejuicios, venceremos al SIDA; el sida nos afecta a todos; Sí, ya lo sé, todos somos santos; para nosotros no existen enfermos de sida por un lado y gente sana por otro; Por eso, el sida ya nos afectó a todos. No se puede discriminar entre infectados y no infectados, ambos nos necesitamos; Cuando hablamos de la droga y del sida asociamos el contagio a la re-utilización de las jeringas; ¿Qué tal si recordamos algunos de ellos, aunque te duela eh?; Por eso te propongo, mientras luchamos para descubrir la vacuna contra el sida, vacunarnos ahora mismo, ya, contra el terrible virus de la discriminación.

En el caso de la campaña “SIDA! Que no te sorprenda/Un camino para dos”, el nosotros inclusivo es usado recurrentemente, a tal punto que es el mecanismo de interpelación escogido en forma preponderante. El Dr. Mioli nunca tutea directamente al destinatario, se limita a hablar en la primera personal del plural, procurando generar así un acercamiento estrecho entre enunciador y destinatario.

A diferencia del empleo del imperativo, la utilización del nosotros inclusivo reviste una menor “violencia del discurso”. Si bien ambas estrategias funcionan como claros mecanismos de interpelación, el uso del nosotros plantea cierta democratización del saber o una complicidad entre enunciador y destinatario más pronunciada. Sin embargo, ese afán por romper con la asimetría existente entre las dos figuras no siempre consigue sus objetivos, pues por más que se quiera hacer hablar al destinatario, el que tiene el verdadero poder, el que posee la capacidad de decidir de lo que se habla y de cómo se habla es el enunciador. Simplemente se trata de una estrategia que procura aliviar el discurso y de camuflar ese afán por emplear la pedagogía por parte de un enunciador que sabe del tema y que se dirige a un destinatario bastante pasivo y estático. De una manera o de otra, la utilización del nosotros inclusivo constituye una herramienta eficaz de interpelación al destinatario.

El miedo juega su papel

En esta senda marcada por los mecanismos de interpelación elegidos por las campañas que venimos analizando, también es posible leer que varios de los spots utilizan como estrategia para llamar la atención de la audiencia una **apelación al miedo, al alerta o a la amenaza** que, por ejemplo, la infección por VIH podría representar.

El campo de la Comunicación aplicada a la salud ha generado una serie de discusiones en relación al modo en que debía comunicarse determinada información, por ejemplo, indagando sobre la pertinencia de implementar estrategias que infundieran el miedo o la amenaza u otras que apelaran al beneficio para asumir determinados comportamientos y desechar otros. Con respecto a esto, evocamos nuevamente las palabras de Isaac Epstein (1998, 46):

Tenemos que animar a la gente a cambiar comportamientos, mostrando los beneficios que van a obtener con el cambio. Lo que van a ganar. Por tanto, una información de salud que asuste, que meta miedo, no va a ser tan atractiva como aquella que nos diga lo que vamos a ganar. Sólo un ejemplo: “Camine 10 minutos diarios y se verá más joven” es mejor titular que decir “Camine 10 minutos diarios y evitará un infarto”.

En lo que hace a nuestro análisis, podemos apreciar que sistemáticamente hay una referencia al temor o al miedo como mecanismo para interpelar al público. Desde ese punto de vista se creería que, ante la presencia de una amenaza manifiesta, como puede ser la posibilidad de infectarse, las personas asumirían pautas de cuidado *per se*.

A modo de ejemplo, podemos recordar:

- *Una vez que el SIDA entra no sale más; Se teme al SIDA, y nos parece prudente que haya un sano temor; Una vez que el SIDA entra no sale más; o te adaptás a los tiempos que vivimos o sonás; Vos podes elegir qué tipo de riesgos correr; tenía amigos y entre ellos, uno artista, argentino, inteligente, lúcido; murió de sida; no se lo deseo ni al peor de los enemigos; Uds. saben que yo perdí un gran amigo por el sida, cuidense, por favor, el sida nos afecta a todos.*

Pero como hemos argumentado, - adhiriendo a recomendaciones de especialistas en el campo de la comunicación en salud -, el temor no suele resultar beneficioso a la hora de comunicar pautas de prevención. El miedo es una sensación que aparece cuando se percibe algún riesgo. También es producto de la incertidumbre, de la falta de información o de la circulación de información escasa, tergiversada o confusa.

Esas referencias a una amenaza permanente predisponen en la audiencia actitudes de alerta que pueden condicionar la recepción del mensaje, teniendo en cuenta que muchas veces el miedo o la amenaza no representan la mejor estrategia para promover hábitos saludables.

Como argumenta Peralta (1998, 3):

En este sentido, es sobradamente conocido que las personas dan una mejor respuesta a las motivaciones positivas que a las negativas, operan mejor a partir de sentimientos placenteros que displacenteros, en suma, responden mejor al deseo, la alegría, el afecto y la confianza que al miedo, la vergüenza y la culpa.

Es importante que las campañas de prevención de la infección por VIH, sobre todo las estatales, por el grado de responsabilidad que tiene el Estado de garantizar el derecho a la salud de sus ciudadanos, se preocupen por reducir la incertidumbre y eliminar al miedo de esta ecuación. En otras palabras, creemos que se vuelve muy complejo generar comportamientos solidarios y comprometidos (*actitudes humanas*) cuando, en lugar de hablar del sida como un hecho social que debemos conocer y, sobre todo, ante el cual tenemos que sensibilizarnos para actuar con autonomía, éste se aborda como una amenaza permanente y como un conjunto de virus que llevan inexorablemente a la muerte y que *al entrar a las células del sistema inmune las destroza, las destruye...*

Hemos sostenido anteriormente que el miedo, generalmente, aparece cuando se percibe un riesgo como cercano, y también como consecuencia de la falta de información y de herramientas que permitan a las personas decidir en torno al cuidado de su salud. Ese temor, además puede estar potenciado por la circulación de representaciones e imaginarios falaces o parcialmente verdaderos, como podría ser el

que cuestiona la utilidad del preservativo o aquel que recomienda que sólo hay que cuidarse en las relaciones sexuales ocasionales y/o con prostitutas.

Con esto no estamos desconociendo que el sida despierta ciertos temores o que la posibilidad de infectarse, al sentirse como latente, infunde miedo en mucha gente, al punto de sentir a la enfermedad como una amenaza factible de padecerla. Lo que sucede es que una cosa es reconocer esto y tenerlo presente y otra muy distinta es apelar al miedo como estrategia de interpelación o como mecanismo para movilizar conductas. Pues, como hemos afirmado, muchas veces el miedo o la amenaza pueden generar en la audiencia rechazo o negación, y el mensaje de prevención que se quiere transmitir pasa entonces a una segunda instancia.

Los mandatos sociales

Al mismo tiempo, el análisis de estas campañas nos permite afirmar – siempre en relación a las estrategias de interpelación utilizadas – que muchos fragmentos de los mensajes deslizan cierto **aire moralizante**, desde el momento en que condenan a la promiscuidad, a las relaciones ocasionales y a las personas usuarias de drogas. El acento parecería estar puesto más en el “deber ser” y en juzgar determinados comportamientos que pertenecen al orden de la privacidad y de las elecciones personales y no por poner énfasis en indicar las vías de transmisión y los métodos de prevención. Estos **mecanismos de disciplinamiento y de normatización social** funcionan como “bajadas de línea” que ocultan verdaderos procesos de discriminación y estigmatización de algunas personas y de sus prácticas. Por ejemplo, en lugar de fortalecer el carácter preventivo del discurso, se cae en recomendaciones que proponen un modelo de pareja fiel, estable y monogámica, “sugerencias” que trascienden, en principio, el terreno de la prevención de la infección por VIH.

Entendemos que la elección del aspecto normativo no es muy prudente, ya que termina provocando un acto de discriminación, en tanto se juzga aquello que está bien y aquello que no lo está; se propone lo que puede y lo que no puede hacerse y lo que las personas deben o no practicar en su cotidianidad, generando, simultáneamente, un fenómeno conocido como “baja percepción del propio riesgo”. En otras palabras, si el

sida es un flagelo que le sucede a los otros, a aquellos diferentes a uno mismo, a los promiscuos, a los usuarios de drogas inyectables, a los homosexuales o a las trabajadoras sexuales, por enumerar algunos ejemplos, muchas personas se sentirán tranquilas y ajenas a la probabilidad de infectarse por VIH, con las consecuencias que esto acarrea: es probable que dejen de asumir cuidados y de sentirse interpelados por los mensajes de prevención.

En este sentido, las citas se vuelven gráficas:

- *Lo importante no es cómo lo hago sino con quién lo tengo; Bueno, tener contacto sexual con alguien del ambiente de la droga es de riesgo; Hay distintas maneras de tener sexo con otra persona: una sería sexo en fidelidad, donde ambos se son fieles y ahí el riesgo es ninguno, la pareja estable, fiel, segura. Otra sería el sexo en promiscuidad: bueno acá es obvio el riesgo; Evite contactos sexuales ocasionales con personas apenas conocidas; Cuidate con el sexo y la droga; la locura y el exceso que la droga generan en tu conducta te pueden llevar a situaciones promiscuas que maltratan tu cuerpo hasta dañarlo y quedar al borde del contagio ya sea por sangre o por semen; cuidado con las relaciones ocasionales*

El hecho de considerar a determinados comportamientos riesgosos responde a un modelo de normatización social a partir del cual se juzgan y condenan aquellas conductas practicadas por algunos sujetos que “no respetan” el sistema normativo imperante. En este sentido, condenar a determinadas personas por realizar determinadas prácticas implica definir a un otro que simboliza “el peligro”: los “drogadictos”, los “promiscuos”, los que tienen relaciones ocasionales y los infectados o enfermos, de los que debemos cuidarnos “nosotros”, los sanos, tejiéndose de este modo un proceso de construcción de alteridad entre dos grupos imaginarios. Asimismo – y aunque éste no aparezca como el propósito de las campañas – no se produce otra cosa que una fuerte culpabilización de aquella persona que ya se infectó, fundamentalmente, como si eso hubiera sucedido a modo de castigo por llevar adelante conductas “desviadas” o “transgresoras” de una supuesta normalidad.

De esta manera, ciertas categorizaciones “normatizantes” proponen una relación de pareja estable, fiel y monogámica como reaseguro para evitar la infección; en otras palabras, condenan la multiplicidad de parejas y castigan a la homosexualidad por considerarla patológica. Se refuerzan así los estereotipos y los etiquetamientos atribuidos a poblaciones y grupos a partir de nociones de sentido común que resultan hegemónicas en un lugar y tiempo determinados, sin contemplar en absoluto el contexto donde se dan las prácticas sociales. Se obtiene entonces un efecto paradójico: intentando prevenir, lo que se consigue es aumentar la vulnerabilidad. Pues, como hemos sostenido, si se afirma que la infección es casi exclusiva de aquellos que desarrollan conductas prohibidas o transgresoras, cualquiera que no se sienta interpelado por ese mensaje, cualquiera que sienta que es un problema de otros, puede no llegar a asumir los cuidados necesarios para evitar la infección, aumentando de ese modo su vulnerabilidad.

Como afirma Weller (1999), en muchas ocasiones, la relativa eficiencia de las campañas preventivas puede ser atribuida a que los mensajes apelan únicamente al aspecto normativo, a la regla, a lo que está bien y lo que no, lo que debe o puede hacerse y lo que no, generando de esa manera cierta incomodidad en el público destinatario. Dichos mensajes, por ejemplo, no contemplan otra dimensión que, si se quiere, representa un papel mucho más importante en la aceptación de la voz del otro y dicha esfera es la del deseo.

Es decir que desde esta perspectiva, para que los discursos preventivos – cargados de “represiones” – puedan ser escuchados, en el sentido de estructurar una posición diferente, más compleja, más rica, que contemple las limitaciones que impone la enfermedad pero que ayude a la persona a generar respuestas “vitales”, deberían considerar al otro como sujeto del deseo y no sólo como sujeto de la norma (Weller, 1999, 193).

La definición de un otro

Asimismo, el análisis nos permite concluir que subyace al discurso de los diferentes spots un modo de interpelación que se sustenta en un **proceso de construcción de alteridad**, es decir, en un fenómeno por el cual un grupo (en este caso el de los “sanos”) se erige en sí mismo – siempre con carácter imaginario - como grupo,

en referencia a otro del que se quiere diferenciar (en esta oportunidad, los usuarios de drogas, los promiscuos, los que tienen relaciones ocasionales y, en algún caso, las personas enfermas).

De esta manera, como sucede en torno de la problemática que venimos analizando, la que pone en juego el proceso VIH-sida como fenómeno social, puede observarse que se construye imaginariamente un nosotros dominante que aparece como "correcto" (los sanos), para así atribuirle un descrédito a los otros que hay que segregar (infectados o enfermos), por "salirse de la raya". La construcción es entonces de carácter imaginaria porque aunque no conozcamos a la totalidad de los miembros del grupo al que nos adscribimos, sí nos imaginamos como un todo homogéneo frente al alter –en este caso, los infectados o enfermos-, al cual también imaginamos.

Como hemos afirmado en el marco conceptual, el fenómeno que rodea al sida y a los discursos que se refieren a esa enfermedad, a sus vías de transmisión y a las formas de prevenir la infección, permite trazar un estrecho vínculo con la noción del imaginario. Retomando la conceptualización de Martini y Halpern (1998), es necesario recordar que los imaginarios se refieren a la formación de grupos, ya sean poco numerosos o extremadamente amplios como el de una nación o sociedad. Esos grupos construyen representaciones de sí mismos y también de un otro. Por ello es que permiten que cada grupo comparta una imagen que actúe como un mecanismo de identificación, en referencia a la imagen del otro, que es diferente.

El imaginario es una construcción cultural, histórica, comunicacional y opera en función de instituciones sociales y por actores sociales, con el fin de interpretar e interpelar al mundo. Por ello el imaginario funciona como un mecanismo de inteligibilidad, a partir del cual se definen comportamientos y se establece lo que está bien y lo que no lo está.

Recapitulando, el análisis nos permite concluir que el tema del VIH-sida es complejo y repercute en muchas de las prácticas que las personas desarrollan habitualmente. Por ello, para asumir un compromiso individual fuerte, para procurar

transformar conductas que puedan significar un riesgo de infección, es fundamental que los receptores se sientan convocados por los mensajes.

Para ello el destinatario del mensaje que el comunicador diseñe o elabore debe sentirse interpelado, tendría que sentir que es a él a quien el texto le habla, porque de lo contrario entendemos que se vuelve muy difícil que internalice dicho mensaje.

Como sabemos, en el proceso de producción de cualquier material preventivo, debe procurarse que el destinatario reciba el mensaje, lo comprenda y, si está de acuerdo –que, se sobreentiende, es lo que el mensaje debería perseguir-, tome decisiones en función de lo que internalizó selectivamente. Por ello es que **las estrategias de interpelación** representan una variable fundamental en cualquier campaña de prevención.

Eje 3: La construcción operada a través del lenguaje

Hablar de la construcción del lenguaje supone una temática en sí misma inconmensurable ya que las operaciones y los desplazamientos de sentido que operan al interior de los discursos (ver Marco Teórico) no se pueden estructurar ni abarcar en su totalidad. Por tal motivo, en el presente Eje nos limitaremos a señalar algunos de los elementos que consideramos relevantes en torno a la utilización del lenguaje en materia de prevención y que entendemos pertinentes a los fines de un análisis comunicacional.

Retomando conceptos...

En el apartado destinado a la definición teórica, que tiene por finalidad enmarcar conceptualmente el presente trabajo, hicimos referencia a la definición de lenguaje elaborada por S. Hall o, dicho de otro modo, a la noción de lenguaje como medio que construye este autor al considerar que es “*el medio por excelencia a través del cual las cosas son ‘representadas’ en el pensamiento*” (Hall, 1998, 149). Entendemos que son varias las aristas que hacen de ésta una contribución enriquecedora. Por un lado, considerar al lenguaje como medio implica asumir la idea de conexión, pero no una conexión de cualquier tipo, sino una conexión en tanto medio de relación humana por excelencia. Por otro lado, podemos señalar que dicho autor se refiere al lenguaje y no meramente a la lengua, es decir, no alude solamente a lo verbal o a la posibilidad de diálogo entre los sujetos, sino más bien aborda el campo de lo discursivo, de la discursividad de las relaciones sociales.

Por su parte, y siendo este otro de los conceptos fuertes de Hall, se caracteriza al lenguaje como intrínsecamente multirreferencial, ya que no establece vinculaciones lineales y permanentes con sus referentes sino que, por el contrario, genera una diversidad de significaciones. Es en esta dirección que se habla de la multiplicidad de significación que tienen los conceptos que conforman un discurso y es precisamente por esta capacidad de pluralidad referencial que posee el lenguaje que las categorías que lo integran adquieren sentido sólo dentro de cadena significante en donde nunca el sentido “circula” de la misma manera.

... y vinculándolos con la práctica

Tomando como punto de partida la concepción de lenguaje que acabamos de enunciar y, específicamente, aquella vinculada con la temática del presente eje (la construcción del lenguaje que opera en el corpus de prevención), podemos decir que: **los mensajes de prevención se identifican distintos tipos de estrategias retóricas y de eufemismos.**

Enumeremos algunos ejemplos:

- “*Vamos a transformar el planeta en sol / la vida llama a tu corazón”,
“*Todas las esperanzas a defender / todos los amigos a comprender”;
“*..todos somos santos, pero hoy una canita al aire te puede costar caro”,
“*Si, ya sé que muchos de Uds. saben cómo prevenirse, pero a la hora de la verdad...”;* “*todos somos un cuerpo, la sociedad es como un cuerpo”,
.Como vemos, los ejemplos corresponden tanto a una campaña del año 1991 como a otra elaborada siete años después.****

Si tenemos en cuenta la distancia temporal entre una y otra producción podemos señalar, en principio, que **la utilización de un lenguaje extremadamente retórico no parece vinculada con una limitación de tipo contextual.** Dicho de otro modo, el uso de palabras o frases desde las cuales se intenta evitar “llamar a las cosas por su nombre” no aparece justificado si tenemos en cuenta que para 1998 el VIH-sida no era precisamente un tema tabú, sino que ya constituía en una problemática instalada en la sociedad. Ahora bien, también podría decirse que en 1991 ese no era el mismo estado de la cuestión. Seguramente no lo era, pero consideramos que más allá de las distinciones temporales y contextuales, en ese momento se estaba bastante lejos de considerar – por ejemplo – al VIH-sida como un problema asociado a la falta de luz y brillo en el planeta tierra.

Con esto no pretendemos efectuar una “crítica estilística” acerca de lo más o menos adecuado de un término en particular sino, en todo caso, dar cuenta de que **las elecciones conceptuales y las ideas que se transmiten en un mensaje de prevención no son azarosas ni antojadizas.** Por el contrario, consideramos que la producción de

campañas masivas implica un trabajo comunicacional y esto supone básicamente - pero no exclusivamente - la elección y definición de la terminología a implementar así como lo que se quiere comunicar a partir de ésta. Y es precisamente en este punto donde creemos que se torna evidente la vinculación entre la definición de lenguaje elaborada por Hall y los mensajes de prevención analizados. Veamos.

Si tenemos en cuenta que hablar del VIH-sida implica hablar de un fenómeno social que, a su vez, se presenta como una problemática compleja (por la diversidad de dimensiones que la constituyen), entendemos que al ser abordada puede generar distintas reacciones, sensaciones e ideas en los sujetos. Es decir, se pone en juego un bagaje de emociones, conductas e informaciones encontradas que, en muchas oportunidades, pueden producir ideas confusas y/o prácticas contraproducentes en torno a dicha problemática. Si a esto sumamos que – como dijimos – el lenguaje es intrínsecamente multirreferencial y que esto supone la circularidad permanente del sentido, es decir, **la imposibilidad de asociar una palabra con un solo referente, con una única representación**, consideramos que es al menos **poco favorable la utilización de términos confusos o alusiones en sí mismas ambiguas**, ya que estas no harían más que profundizar el desconocimiento o la aprensión existente frente a la problemática en cuestión. Precisamente porque el lenguaje es multireferencial, consideramos que la elección y definición de las palabras y conceptos a implementar implica un trabajo comunicacional – de diagnóstico y planificación - que no puede ser soslayado ni menospreciado a la hora de producir mensajes de prevención.

Dos metáforas. Un objetivo

Dentro del presente eje analítico, proponemos ahora centrarnos en otro aspecto de la construcción del lenguaje al interior de las campañas analizadas: el orden metafórico.

En principio, identificamos en los mensajes dos grandes actores: por un lado el discurso científico (médico) y, por el otro, el virus (VIH). Es entonces como la voz de la ciencia y el VIH-sida - en tanto enfermedad - despliegan, cada uno de ellos, un haz de remisiones a distintas asociaciones, figuras e ideas, conformando, de esta manera, lo que

podemos llamar dos tipos o clases de metáforas en particular. En palabras de Lizcano: la “metáfora del impacto” y la “metáfora de la invasión”, respectivamente (Lizcano, 139-140).

Metáfora del impacto

Impacto. Escuchemos esta palabra y veamos cuáles son algunas de las primeras asociaciones que realizamos: golpe, choque, penetración, inyección.... Como vemos, surgen términos que dan cuenta que aquello que impacta es una cosa, un objeto compacto y contundente que “da en el blanco” contra algo, en donde este último no reviste sus mismas características de rotundidad y dureza.

Tenemos entonces dos elementos: uno que impacta y otro impactado, o dicho en otros términos, un agente y un paciente. El primero de ellos se caracteriza por su fuerza y dinamismo, una especie de impulso que demarca un trayecto directo y sin desvíos hacia su destino. Podemos decir que su objetivo está previa y estratégicamente determinado. Por el contrario, el paciente del impacto se define a partir de su vulnerabilidad; su incapacidad para refrenar la inercia del impacto hace que sólo pueda reducirse a sufrirlo; no posee ninguna incidencia en la configuración del agente ni en su trayectoria.

Veamos ahora qué paralelismos o vinculaciones podemos hallar entre los elementos que acabamos de describir como propios de la metáfora del impacto y aquellos que aparecen en la producción del discurso de prevención estatal. En una primera aproximación podemos establecer una relación entre el discurso médico y el lugar del agente del impacto, así como entre los destinatarios de los mensajes y el lugar de paciente, o lo que podemos definir como “el lugar hacia donde se dirige el impacto”.

El discurso científico se presenta de un modo compacto, cerrado, sin fisuras, dando la sensación de que es imposible desentrañar o descomponer su interior. Aparece como unívoco e incuestionable y, por lo tanto, una de sus características fundamentales pasa a ser su unicidad. Frente a él se construye la imagen de la audiencia o el público receptor: multiforme, heterogéneo y pasivo. La asimetría entre ambos términos se torna

evidente: el discurso médico se *introduce* sin más en la sociedad y esta última se debe limitar a “amortiguar” el golpe; no posee incidencia alguna en la construcción del mensaje que “le viene” dado, ya que no tiene ningún tipo de participación en la producción del discurso que la tiene por destinataria (... – definir – *qué es lo que debemos hacer para que los virus no nos entren*)

Metáfora de la invasión

Retomemos el ejercicio. Digamos invasión y veamos las connotaciones y evocaciones que devienen: plaga, extranjero, ajeno, extraño.... Ya no es un objeto rotundo e identificable el que se constituye en agente.

A diferencia del impacto, el agente de la invasión se caracteriza por ser difuso y múltiple, se da por movimiento, a través de un proceso heterogéneo.

Al igual que la metáfora que trabajamos en primer término, la metáfora de la invasión también se organiza a partir de dos polos: agente – paciente, en donde este último coincide, de algún modo, con el lugar del paciente de la metáfora del impacto. Si bien se presenta esta coincidencia, podemos al mismo tiempo afirmar que existe una diferencia y que ésta radica en que cada una de las metáforas no construye de la misma manera dicho lugar, ya que el agente en cada caso es distinto y, por lo tanto, no provoca los mismos efectos.

Ahora, insertemos la metáfora de la invasión en el discurso de prevención sobre VIH-sida. ¿Quiénes ocupan en este caso los términos de dicha metáfora? Si comenzamos por identificar al agente de la invasión, podemos decir que éste es el lugar que se le asigna a la enfermedad propiamente dicha. El virus es caracterizado a partir de atributos como heterogeneidad y oblicuidad, lo cual hace del agente invasor un “enemigo” potencial que, a su vez, genera en el paciente de la invasión una multiplicidad de sensaciones de temor, angustia e intranquilidad (“*al entrar a las células del sistema inmune las destroza, las destruye*”, “*Una vez que el SIDA entra no sale más*”, “*Es que el SIDA nos plantea una disyuntiva de hierro*”, etc). Al igual que cuando vinculamos la metáfora del impacto con las campañas de prevención, podemos

ver cómo el paciente de la invasión, es decir, “la sociedad amenazada”, tampoco cumple un rol activo en este caso (“*S;DA! que no te sorprenda*”)

A partir del análisis que venimos efectuando podemos notar una complementariedad entre ambas metáforas. Veamos. En oposición a la cohesión y unicidad del discurso médico - agente impactante - se presenta al VIH-sida como el agente invasor, se caracteriza al virus como una amenaza que puede efectivizarse en cualquier momento y que, por lo tanto, es imprevisible. Este enfrentamiento enaltece la fortaleza y cohesión del mensaje médico, generando consecuentemente una asociación de doble efecto: el discurso científico se emparenta automáticamente con el Bien y el virus se convierte en la encarnación del Mal.

A esto que venimos planteando se puede sumar otro tipo de conexión entre ambas metáforas. Por ejemplo, el discurso científico - su impacto - aparece como el resultado de un trayecto previsible, con efectos y consecuencias esperables y controlables. El impacto es preciso, certero y localizable; contrariamente, la invasión del virus es por oleadas y de un modo confusamente identificable.

Los efectos producidos por los agentes de ambas metáforas provocan, en relación con el lugar del paciente, una estructuración de distinto tipo. Si bien en los dos casos el paciente – los receptores – es pasivo y no posee implicancia alguna en la trayectoria o movimiento de los agentes, sí podemos decir que cada una de las metáforas produce sensaciones distintas en éste. Principalmente la distinción radica en que si bien el paciente de la invasión es consciente de que la dirección del impacto es inevitable, ve a dicho rumbo como algo del orden de lo conocido y a sus consecuencias como previsibles y localizables, generando de esta manera tranquilidad en los receptores. Contrariamente, sentimientos de desasosiego y miedo son los que encarna el paciente de la invasión, ya que aquello que le viene destinado es vivido como algo desconocido, ajeno y extraño.

La oposición entre la metáfora de la invasión y la del impacto – y su complementariedad en el discurso preventivo – les posibilita a cada una de ellas conformar su propia identidad a partir de la otra, es decir, por referencia a su

antagónica. Frente a la amenaza del virus se instaura el discurso médico con su estructuración compacta y homogénea, discurso único y tranquilizador.

Ante un peligro “externo” (otra de las particularidades del agente invasor) la acción de la ciencia se presenta como lo conocido y, por lo tanto, encarna un carácter familiar. Dicho de otro modo: tenemos por un lado al *agente del impacto / salvador* y, por el otro, al *agente invasor / agresor*.

La metáfora belicista

Acerca de la manera en que el discurso científico se refiere al sida, Susan Sontag reconoce que se presenta a la “enfermedad como un enemigo que invade, que pone sitio a la fortaleza del cuerpo” (Sontag, 1989, 14). Enemigo, invasión, sitiar, fortaleza... Se hace evidente cómo palabras propias de otro campo se filtran en el discurso científico. Esta “importación” de términos da cuenta de cómo en dicho discurso opera lo que podemos denominar una metáfora bélica (Lizcano, 145).

Como es de suponer, la metáfora bélica no es “exclusividad” de las campañas que hemos analizado, también se hace presente en otras producciones discursivas en torno al VIH-sida. A fin de ilustrar el modo en que la terminología propia de la guerra recorre parte del discurso médico, transcribiremos el siguiente fragmento de la revista Time en el cual se explica el *modus operandi* de dicha enfermedad:

El invasor es minúsculo, (...) los guardianes del sistema inmunológico del cuerpo (...) sienten la presencia del diminuto extranjero y dan inmediatamente la alarma al sistema inmunológico. Este comienza a movilizar una formación de células que, para hacer frente a la amenaza, producen entre otras cosas anticuerpos. Yendo a lo suyo el virus del SIDA (...) burla a los defensores que marchan a paso redoblado y va directamente al coordinador en jefe del sistema inmunológico (...) (Sontag, 24 – Subrayado nuestro).

Se habla del sida del mismo modo en que un estratega militar describe las acciones del enemigo, al mismo tiempo que el cuerpo humano aparece inerte frente a esta “invasión de organismos maléficos”. La transcripción que acabamos de efectuar nos permite seguir visualizando – incluso en mensajes distintos al de las campañas

analizadas – la incidencia que la metáfora de la invasión posee. Por su intermedio, se da cuenta de cómo opera la enfermedad, de sus características y connotaciones: la enfermedad es una especie de “enemigo” al que hay que combatir, al cual hay que darle pelea .

Como fuimos apreciando a lo largo de todo este Eje, **el uso de las metáforas no es ingenuo ni falta de intención; por el contrario, funciona como un proceso de inteligibilidad que modela nuestra percepción y nuestras conductas frente a los hechos**. Los términos bélicos asociados a la descripción del virus (“*Marchemos juntos contra el SIDA*”, “*facilitarle al virus las armas para la dispersión*”, “*la voluntad de vencerlo es contagiosa*”, “*A estos virus (...) los podemos vencer, los debemos vencer*”, “*y ese algo (el VIH) destruía el sistema de defensas*”) desencadenan un conglomerado de asociaciones y connotaciones de carácter negativo que no sólo coadyuvan en la definición del virus sino que, además, repercuten directamente en la persona enferma.

Con lo expuesto no pretendemos decir que sea perjudicial brindar información que indique cómo opera o se desarrolla el virus en el organismo humano. En todo caso, de lo que intentamos dar cuenta en este Eje es de las consecuencias que puede generar el exceso o la recurrencia permanente a metáforas con carga negativa, en donde las asociaciones siempre - o principalmente - recaen en ecuaciones del tipo: enfermedad – muerte, VIH-sida – miedo, virus – peligro, etc. Si tenemos en cuenta las características del VIH-sida y las representaciones sociales vigentes en torno a dicha enfermedad, podemos inferir que dichos sentimientos de rechazo y temor ya están presentes en la comunidad como, para además, reforzarlos desde una campaña masiva de alcance nacional. Creemos que en muchas ocasiones el límite entre generar conciencia e infundir miedo puede ser muy “delgado” y que, por tal motivo, no debe ser descuidado a la hora de elaborar mensajes de prevención que apunten a la asunción de medidas de cuidado por parte de las personas.

Eje 4: Concepto de prevención

Como vimos a lo largo del presente trabajo, diseñar una campaña de prevención no se limita a la selección de un guión y de una artística que lo acompañe. Por el contrario, excede con creces la mera producción fílmica, pues supone la definición de estrategias de comunicación a partir de las cuales se posicionará tanto al enunciador como al destinatario de dicha campaña. Ahora bien, tampoco se limita sólo a esto, ya que detrás – o para ser más precisos, delante – de toda construcción discursiva se encuentra una *producción de significados*, proceso complejo y dinámico que se conforma a partir de la intersección de distintos niveles, entre los cuales podemos enunciar: el conceptual (definición de términos y palabras a utilizar), el icónico (imágenes, figuras y símbolos a implementar) y un tercero al que podríamos denominar *representacional*, y que es menos visualizable - desde un primer acercamiento – que los dos anteriores.

Entonces, podríamos decir que **el nivel representacional** es aquel que se encuentra latente en la producción de significados y que se organiza a partir de las representaciones que todo sujeto, y por ende toda sociedad, posee acerca de los distintos temas, problemáticas y/o hechos en los que está inserto. Dicho de otro modo, en este tercer estrato - que dimos en llamar representacional - es donde se vislumbran las conceptualizaciones, sistemas de ideas, valores y creencias que se ponen en juego en los mensajes de prevención y que dan cuenta del *punto de partida* desde el cual estos fueron elaborados. Cabe aclarar que, cuando hacemos referencia al *punto de partida*, queremos dar cuenta de las *definiciones preliminares* que toda producción discursiva supone y que finalmente le da forma y contenido.

En este punto, y en consonancia con lo expuesto, entendemos que el presente Eje tiene su enclave en el denominado nivel representacional, dicho en otros términos, en este apartado intentaremos dar cuenta de algunas de las definiciones preliminares, ideas fuerza y conceptos comunes y predominantes que recorren los discursos de prevención analizados y, a su vez, dejaremos plasmados nuestros enfoques particulares al respecto.

Acerca del concepto de salud (y de enfermedad)

Posiblemente el solo hecho de enunciar la palabra prevención produzca una cadena de evocaciones en nuestra mente: parar, anticipar, evitar, adelantarse – entre otras –, pero consideramos que esto no es suficiente para poder dar cuenta de los significados que el concepto de prevención encierra, es decir, no permite comprender la complejidad y alcance que dicho término adquiere en el proceso discursivo. Como dijimos, el presente Eje tiene por objetivo, precisamente, poder realizar algunas aproximaciones al concepto de prevención vigente en el material analizado. Para tal fin, creemos conveniente hacer referencia en primer lugar a la noción de salud y de enfermedad que éste conlleva. Veamos.

Si bien en distintos momentos del presente trabajo hicimos referencia a que el objetivo de una campaña masiva de prevención de VIH-sida está centrado en las personas que no contrajeron el virus, también dejamos sentado que esto no justifica anular o descuidar el modo en que se hace alusión a aquellas personas que viven con VIH y/o que han desarrollado la enfermedad. En este sentido, entendemos que más allá de la audiencia específica a la que una campaña pretenda llegar, ésta no puede obviar – y sobre todo si el soporte es audiovisual – que los contenidos que construye también serán recibidos por otros sectores de la población que se encuentran expuestos a esos mensajes y a los cuales no se les puede solicitar que prescindan de efectuar su propia decodificación por el solo hecho de no ser los destinatarios “pretendidos”.

Con todo esto queremos apuntar a que un mensaje que aborde la problemática del VIH-sida no puede escindir la enfermedad de las personas que viven con ella o, en todo caso, realizar tal dicotomía implica todo un proceso en sí mismo: la abstracción de la persona y, al mismo tiempo, la deshumanización de la enfermedad. En el corpus analizado encontramos que, en líneas generales, no se hace mención a las personas que viven con VIH-sida y, en los casos que sí se lo efectúa, se alude a estos, exclusivamente, como enfermos. Dicho de otro modo, no pretendemos hacer un cuestionamiento acerca de la pertinencia de la utilización del término enfermo por el término en sí mismo, en todo caso nos interesa señalar el adormecimiento de la noción de sujeto que conlleva dicha definición y, al mismo tiempo, que supone una determinada representación acerca de la enfermedad. Algunas citas pueden resultar ilustrativas: “...¿qué debe sentir un

enfermo de sida que más allá de ser discriminado se puede estar muriendo?...”, “No discrimines nunca, y menos a un enfermo de sida, el no puede defenderse”, “El que discrimina a un enfermo de sida está, sin lugar a dudas, muchísimo más enfermo que él”, “Lo que tenemos es una sociedad enferma de sida”

Por otro lado, pero en sintonía con lo que venimos desarrollando, vemos que también aparece como una marca común en los distintos mensajes el **planteo bipolar entre “los sanos” y “los enfermos” a partir de un juego de exclusión – inclusión.** Como se puede deducir, este mecanismo que tiene por finalidad delimitar el lugar del “nosotros” y el de “los otros” – a modo de dos campos separados y sin puntos de conexión – termina por operacionalizar toda una batería de concepciones negativas en torno a la persona que vive con VIH-sida y que, finalmente, no hacen más que acentuar el proceso de discriminación y estigmatización en el que, muchos de ellos, están inmersos.

A partir de lo dicho, y del trabajo de rastreo efectuado, consideramos que en los mensajes de prevención abordados predomina un concepto de enfermedad fuertemente asociado a un estado inmóvil caracterizado, principalmente, por la ausencia de salud. En contrapartida con esto, la idea de prevención a la que adherimos es aquella que parte de la noción de salud desde la perspectiva planteada - entre otros autores - por Juan Peralta, en donde la salud no es considerada como un estado absoluto y estático, es decir, algo que está o no está / se tiene o no se tiene, sino como un proceso dinámico, que se caracteriza por su movilidad y por la presencia de distintos niveles.

Peralta habla de los diversos “grados de bienestar” (Peralta, 2003) que un individuo o una comunidad pueden alcanzar, en donde el grado de bienestar y el grado de salud son directamente proporcionales, ya que a medida que se incrementa uno, aumenta el otro; y viceversa, cuando desciende el nivel de bienestar, decrece el grado de salud. Desde este enfoque pierde sentido la dicotomía salud – enfermedad, pues al considerar la salud como un proceso continuo y dinámico, en lugar de como algo fijo y estable, ya no se puede hablar de individuos “totalmente” sanos ni, por lo tanto, “totalmente” enfermos. Como vemos, este tipo de perspectiva persigue dejar de lado los

absolutismos, intentando desechar las nociones que encuadran y clasifican los procesos, en lugar de dar cuenta de los vaivenes y recorridos de estos.

Entonces, si la salud se define a partir del grado de bienestar alcanzado, ¿qué se entiende por enfermedad?. Peralta dirá que las enfermedades no son otra cosa que uno de los tantos factores que intervienen disminuyendo el nivel de bienestar de una persona o comunidad. Como vemos, no serían sólo las enfermedades las que actúan negativamente sobre la salud, también lo hacen otros hechos que no son definidos “médicamente” como enfermedades, a saber: malas condiciones en la vivienda, bajo nivel educativo, desocupación, no poseer información acerca de cómo prevenir enfermedades, descuido del cuerpo, una sexualidad vivida con culpa y miedo, problemas del orden de las relaciones interpersonales, desigualdad, etc. Como vemos, estos factores son más bien del orden social que del biológico; su mejoramiento no se consigue a través del suministro de medicamentos, sino con políticas socioculturales que exceden el ámbito científico. En referencia a esto último, y como otro elemento a señalar, vale decir que dichos factores sociales no son mencionados - ni explícita ni implícitamente - en ninguna de las campañas masivas de prevención que el Estado nacional ha elaborado a lo largo de diez años (1989 – 1998).

Como dijimos anteriormente, consideramos la salud como un “Bien Social” (Peralta, 2003). Tal definición implica asumir la salud como un proceso en donde se torna importante identificar los diversos grados de bienestar factibles de alcanzar, pensando de un modo más genérico, no reduccionista, que tenga como horizonte a la sociedad toda. La prevención, desde este concepto de salud como Bien social, tiene que ver con una búsqueda de condiciones, actividades, prácticas y situaciones que favorezcan la calidad de vida de las personas.

Definiendo la prevención

Ya vimos la concepción de salud (y de enfermedad) que asumimos cuando hablamos de prevención así como - si nos remontamos al análisis del corpus de

campañas - los contrastes que la misma presenta frente a la que se postula desde el Estado nacional. En este punto, y a fin de continuar rastreando conceptos comunes entre los distintos mensajes de prevención, creemos necesario hacer explícitas algunas cuestiones que tienen que ver con *cuál es la definición de prevención predominante y cuáles son los alcances de la misma*.

Anteriormente dijimos que al pronunciar la palabra prevención surgían asociaciones con términos – acciones, para ser más precisos – tales como: anticipar, refrenar, evitar etc. Y, de hecho, consideramos que la idea de prevención que atraviesa los discursos es precisamente esa: prevención como sinónimo de evitar un daño. Ahora bien, y entendemos que este es el punto a resaltar, esa acción de refrenar un daño, es decir, lo que se define por prevención, se postula, casi exclusivamente, a partir de la posibilidad de dar o recibir información.

Creemos que la información precisa, clara y actualizada es un componente fundamental en la prevención, pero lejos está de reducirse sólo a eso, ya que entendemos que la prevención, al igual que la salud, es un proceso dinámico que se construye en un trabajo colectivo, gradual y permanente. Grandes dosis de información no garantizan que las personas comprendan, pues tener información no es sinónimo de comprender. Aquí la proporcionalidad de las partes no se hace presente, más aún, a veces se logra el efecto contrario, ya que una sobreinformación acerca de una problemática determinada puede traer aparejadas consecuencias contrarias a las buscadas.

Si nos remontamos una vez más al corpus analizado, podemos identificar claramente la circulación de una noción de prevención como sinónimo de suministrar, recordar y reproducir información. En este sentido vale recordar algunas de las menciones que aparecen en los distintos mensajes: *“El conocimiento es el eje que permite la prevención. Hay que saber..”*, *“Tratemos entonces de conocer, no de ignorar porque a través, insisto, del conocimiento lograremos prevención”*, etc.

Nosotros, por el contrario, creemos que prevenir debe ser vinculado más bien con el comprender, en el sentido de “hacer carne” el conocimiento, en donde sólo esto

es posible si dicho conocer es producto de una construcción y no consecuencia de un cúmulo de datos y saberes proporcionados de un modo externo. De lo contrario la prevención terminaría asociada con la exterioridad y, por lo tanto, con la pasividad, pues el sujeto sólo se limita a recibir una cantidad de información que, aunque le sea factible memorizar, no puede procesar, entendiéndose por esto último la capacidad de transformar el saber en una conducta que redunde en algún tipo de mejoramiento para con la vida cotidiana.

Hablamos de prevención como proceso colectivo, ahora bien, para construir y trabajar colectivamente es indispensable tener en cuenta el contexto en el que están insertos los individuos, sus valores, sus sistemas de creencias, las sensaciones, emociones y prejuicios a partir de los cuales organizan y perciben su vida y la de los demás. No podemos trabajar en prevención por fuera de los enclaves culturales de cada comunidad. Sólo reconociendo y respetando la idiosincrasia y el plano afectivo de los sujetos se puede pensar en un proyecto de prevención responsable.

Lo que planteamos es - en palabras de Giovanni Berlinguer - una “ética de la prevención” (Berlinguer, 2003), que tenga como objetivo fundamental el brindar a las personas la capacidad de elegir libremente las conductas más favorables para encarar su vida y/o para disminuir consecuencias no deseadas ante circunstancias que no están a su alcance determinar. Trabajar para una ética de la prevención es brindar herramientas para que los sujetos incrementen sus niveles de autonomía frente a la toma de decisiones, propiciando la igualdad ante las posibilidades de acceder a recursos e información necesarios, sin distinciones socioeconómicas, pero evitando en todo momento caer en homogeneizaciones neutralizantes y vacías que, en pro de un aparente igualitarismo esconden las diferencias y la diversidad existente en toda cultura.

Cuando planificar es mucho más que un mero preservar. Una mirada integradora

Si tuviéramos que sintetizar – aunque pequemos de reduccionistas – en pocas palabras todo lo que implica la “ética del cuidado” (Martiniá, 2000, 120) desde la mirada de R. Martiniá diríamos algo así como... *que lo bueno - la Vida - perdure y lo malo, cambie...* . Esto encierra más de un sentido a ser desandado. Definir lo bueno y lo malo y, consecuentemente, lo que debe permanecer o modificarse no es tarea sencilla, de

hecho, es una de las cuestiones fundamentales a definir por toda sociedad y, como es de suponer, por cada uno de los sujetos que la constituyen.

A lo largo de este Eje fuimos definiendo – entre otras cuestiones - qué entendemos por salud y todas aquellas prácticas que consideramos favorecen a una mejor calidad de vida y, por lo tanto, a mayores niveles de bienestar. Es decir, de algún modo fuimos dando cuenta de aquello que, desde nuestro punto de vista, forma parte de *lo bueno*, de todo eso que nos interesa que se encuentre presente en cada una de nuestras acciones, tanto las que tienen por finalidad nuestra propia vida como la de aquellos que nos rodean. En contrapartida, *lo malo* ha sido caracterizado como el conjunto de factores que generan malestar y, por ende, disminución en los grados de bienestar a los que una persona o comunidad aspiran.

Ahora bien, ¿qué pasa con el perdurar y el desaparecer?, ¿qué es lo que deseamos que se mantenga a través del tiempo y qué debe dejar de hacerlo? y, al mismo tiempo, ¿qué criterios ponemos en funcionamiento al momento de optar porque algo trascienda o, por el contrario, se desvanezca? .

Estas preguntas se tornan muy importantes a la hora de definir – o mejor dicho, continuar definiendo – lo que entendemos por prevención, sobre todo si tenemos en cuenta que una de las asociaciones más rápidas que se realizan al enunciar este concepto es con la idea de preservar.

Si nos guiáramos por el sentido común podríamos decir que lo que se tiende a preservar es aquello que actualmente existe y que, en las condiciones presentes, implica algo favorable o beneficioso, es decir, “lo que está, como está, está bien”, por lo cual simplemente deberíamos procurar que esto sea así por siempre, evitando los acontecimientos o sucesos que pudieran poner en peligro el estado actual de las cosas. Ahora bien, entendemos que no podemos limitarnos a construir estrategias de prevención si tenemos como único horizonte el conservar las condiciones vigentes, no porque esto esté mal en sí mismo o suponga una elección de por sí desacertada, sino porque previamente debemos preguntarnos por el estado de dichas condiciones y por el contexto en que las mismas se encuentran insertas. Consideramos que una de las tareas

fundamentales es diagnosticar, y en este proceso (cabe aclarar que adherimos a la idea de diagnóstico permanente y no sólo como etapa preliminar) detectar las circunstancias, prácticas, hechos e ideas que fortalecen y optimizan los proyectos de prevención, así como aquellas que debilitan y amenazan al mismo. Para ello tendríamos que tener en cuenta lo que al respecto nos dicen Martha Weiss y Graciela Lombardi:

...el SIDA, - como otras enfermedades - tiene su propia construcción social de la que todos participamos, con conciencia o sin ella. Entendemos por construcción social aquella estructura producida en parte por el imaginario individual y en parte por el imaginario colectivo que desarrollamos todos alrededor de sucesos, enfermedades u otros eventos. Para dicha construcción contribuyen tanto nuestros sistemas de creencias y valores, mitos e historia personal, como los medios de comunicación, el cine, la política, etc. (2003).

Si pudiéramos completar la cita nosotros agregaríamos – antes del etcétera, obviamente -... *y las campañas masivas de prevención...*, ya que los mensajes que se transmiten por su intermedio participan activamente en la construcción de las representaciones sociales desde la cuales, y en las cuales, los individuos organizan su subjetividad, ya que como hemos visto, en las campañas masivas de prevención del VIH-sida se ponen en juego estrategias de interpelación que cristalizan valores, creencias, voces y prejuicios que tienen por finalidad (más o menos consciente) generar determinados sentimientos y comportamientos en los sujetos.

Podemos decir entonces que, desde nuestra concepción, prevenir está mucho más vinculado con **planificar** que con preservar, pues la idea de planificar implica diagnosticar, detectar tensiones o conflictos, establecer objetivos, las respectivas estrategias de acción y – lo cual es de suma importancia y riqueza – evaluar permanentemente, sobre todo si tenemos en cuenta que el trabajar con personas, con sus representaciones y cosmovisiones, implica repensar permanentemente los caminos para encontrar los “atajos” que nos permitan alcanzar la meta.

En esta búsqueda continua, nuestro faro debe siempre alumbrar (recordarnos) uno de los primeros hechos que planteamos al iniciar este trabajo: que el sida es una enfermedad con una multiplicidad de significaciones y connotaciones sociales que no

permiten reducirla al ámbito biomédico, sino que por el contrario, hacen de ella una epidemia con características específicas y diferentes de las conocidas hasta el momento.

No en vano Jonathan Mann (primer Director del Programa SIDA de la Organización Mundial de la Salud) no da cuenta del sida como una epidemia, sino que habla de las “tres epidemias”, en donde la primera es caracterizada como la más amplia y difundida, pero también la más *silenciosa* debido a que incluye a todas las personas que, a sabiendas o no, viven con el virus; la segunda epidemia es aquella que afecta a las personas que han desarrollado el virus, es decir, que están enfermas; por último, la *tercera epidemia* – he aquí el hallazgo - es la de las consecuencias, de diverso orden, que conlleva la presencia de una persona que vive con sida en un grupo o sociedad determinada.

Si bien depende de la cultura de cada comunidad, los estudios han evidenciado que la respuesta ante la presencia de una persona que vive con sida en general se traduce en comportamientos bastante similares: segregación de la persona que vive con el virus con el consecuente proceso de estigmatización. Lo que se pierde de vista es que dichas conductas “fóbicas”, no sólo producen condiciones desfavorables para la persona que vive con el virus, sino para aquellos que, al discriminar, no advierten que aumenta su situación de riesgo. Erróneamente consideran que se están “protegiendo” cuando en realidad no hacen más que incrementar exponencialmente el riesgo y, por lo tanto, tornarse más vulnerables ante la enfermedad, pues en lugar de tomar las medidas preventivas que evitan la transmisión del virus se limitan a alejarse de aquel que vive con VIH. Es importante aclarar que estas conductas “sectarias” o “discriminatorias” no deben catalogarse como irracionales sino que, por el contrario, deben ser entendidas como propias de otro tipo de lógica que no es precisamente la racional, es decir, una lógica, o mejor dicho, una no- lógica que es la que gobierna el pensar y sentir de los sujetos y, por consiguiente, sus acciones y modos de proceder.

Como vemos, prevenir en tanto planificar, es un proceso que se da como resultado de combinar – como ya mencionamos – información precisa, pertinente y actualizada con estrategias que permitan operacionalizar dicho saber, en donde los conocimientos adquiridos sean susceptibles de generar acciones que devengan en una

mejor calidad de vida para los sujetos, a partir de lo cual las creencias que impiden conductas de cuidado para con uno mismo y para con los demás puedan ser modificadas y, en su lugar, introducir prácticas concretas que le permitan a las personas visualizar los logros. Como dicen Martha Weiss y Graciela Lombardi es fundamental respetar el tiempo interno de las personas, sus mecanismos de comprensión y, en todo momento, tener en cuenta sus valores, ya que no se trata de postular certezas absolutas ni - menos aún - infundir temores que paralicen. En todo caso la propuesta es generar conciencia de riesgo, entendiendo por ésta,

...la capacidad de darse cuenta o advertir que algunas condiciones internas o externas a mí mismo, pueden ponerme en peligro de algo, y ese darme cuenta me moviliza a actuar para transformar algunas de las condiciones, o para disminuir las consecuencias. Esa capacidad se asienta en emociones (miedo); requiere conocimientos que permitan identificar las condiciones que producen miedo, diferenciar luego, si tales condiciones son externas a mí, o son subjetivas o hay un poco de ambas; y permite desplegar acciones en la búsqueda de transformar el miedo en cuidado (2003).

Anexo teórico

Tomando en cuenta el desarrollo teórico que hemos efectuado a lo largo del presente trabajo, tanto en el Marco Conceptual como en la cristalización de ideas y conceptos al interior del Análisis de las campañas y de los Ejes, en este apartado nos interesa incorporar algunas otras observaciones que creemos interesante incluir pues entendemos que ayudarán a clarificar y/o a ampliar algunas cuestiones.

Como procuramos repetir incansablemente, la problemática del sida involucra nociones y elementos de diversas disciplinas. En este sentido, el presente trabajo implicó establecer un recorte y una demarcación de los objetos de estudio, para lo cual fue necesario estructurar un marco teórico que funcionara como sustento para el desarrollo del análisis, es decir, una delimitación de cuáles son los lineamientos conceptuales centrales de la tesina. Pero al mismo tiempo, tenemos presente que el fenómeno social del sida trasciende cualquier restricción teórica: hablar del complejo VIH - sida supone abarcar y construir un enfoque multidisciplinario.

Si bien consideramos que a esta altura del escrito hemos rastreado y desarrollado los puntos nodales en relación a nuestro postulado central - que indaga sobre la construcción social del complejo VIH-sida, puesta en juego por las campañas masivas estatales de prevención, en la década del `90. -, no quisiéramos dejar de dedicar un espacio para aquellos temas que han sido fundamentales para nuestro análisis, pero que no fueron incluidos - por fines metodológicos - en el cuerpo central del trabajo, constituyéndose de este modo en lo que podríamos denominar - en términos de Umberto Eco - la periferia de esta tesina.

Ahora bien, cabe aclarar que el carácter periférico no implica, a nuestro entender, que dichos temas revistan menor importancia, pues ello sería contradictorio con lo que hemos sostenido a lo largo del desarrollo. Simplemente aparecen como cuestiones estrechamente vinculadas con la problemática del sida, que resultan derivadas del trabajo realizado hasta aquí. Explícitamente a veces, o implícitamente en otras oportunidades, los conceptos e ideas de los siguientes capítulos aparecen en distintos momentos de este trabajo, y es por ello que creemos conveniente dedicarles el

espacio que merecen. Las temáticas a desarrollar a continuación fueron tituladas de la siguientes manera: 1) **La comunicación en torno a la problemática del VIH-sida**; 2) **El proceso de estigmatización**; 3) **Sexualidad y VIH-sida**; 4) **Sujeto y subjetividad** y 5) **Ética del cuidado**. Demos lugar al primero de ellos...

La comunicación en torno a la problemática del VIH-sida

Como hemos hecho referencia, la comunicación desempeña un papel central en el campo de la prevención de la infección por VIH. También hemos sostenido que la prevención involucra dimensiones institucionales y sociales pero, fundamentalmente, su aplicación concreta tiene lugar en la esfera individual. Es decir, los sujetos son los únicos capaces de asumir y de implementar pautas de cuidado que repercutan favorablemente para su salud. O sea, que de lo que se trata es de incentivar y aumentar los niveles de autonomía de los sujetos para que de esa manera disminuya su vulnerabilidad frente al VIH-sida.

Como recuerda el Lic. Rojo (2002, 1)

Entendemos por autonomía la condición por la cual un individuo es, y se siente, capaz de determinar su propio comportamiento, lo que implica aspectos cognitivos (información y educación), emocionales (sentimientos, preconceptos y creencias) y prácticos (habilidades para utilizar los productos y servicios disponibles)

Ahora bien, para que ese proceso de adquisición de una mayor autonomía tenga un desarrollo eficiente, es necesario que operen con eficacia –además de la dimensión subjetiva - las esferas sociales e institucionales.

Y en ese espacio la comunicación desempeña un papel crítico, por su capacidad de comunicar eficientemente los conocimientos necesarios para la prevención de la infección. Asimismo, las estrategias de comunicación deberán indagar cuáles serán las sensaciones más convenientes de movilizar para que todo ello pueda cristalizarse en la asunción de prácticas de cuidado y de prevención frente a la infección. En otras palabras, para que se incrementen en forma real los niveles de autonomía de las personas y de esa manera disminuya su vulnerabilidad frente a la enfermedad.

El diseño de mensajes de prevención

Como puede inferirse entonces, uno de los campos donde la comunicación ocupa un lugar central es en el proceso de diseño y elaboración de mensajes, ya sean informativos o preventivos, en torno a la problemática del VIH-sida. Y en dicho proceso, existen algunas variables que no pueden ser pasadas por alto.

En primer lugar, debemos tener en cuenta que existen algunos obstáculos para que la información llegue al receptor en forma eficiente, simplemente porque cualquier texto que haga referencia al VIH o al sida debería poner en juego elementos del orden de lo sexual, del deseo, de la intimidad y todas esas cosas suelen generar sentimientos ambiguos que pueden despertar vergüenza, culpa, miedo, incertidumbre y tantas cosas más.

A su vez, entran en juego otras variables que corresponden al orden de la subjetividad y que difieren de persona a persona. Muchas personas no se perciben a sí mismas como potencialmente vulnerables a la infección: es lo que se conoce como “baja percepción del propio riesgo”, sustentada muchas veces en representaciones equívocas o parciales (como, por ejemplo, considerar que el sida es una enfermedad de los “otros”) y que, de ese modo, terminan alejándolas de asumir acciones de cuidado o prevención, a la vez que consolidan mecanismos de discriminación y estigmatización hacia aquellas personas que están en situaciones de riesgo o que viven con el virus o la enfermedad.

Es necesario tener claro que en toda comunidad existen imaginarios y representaciones sociales que aparecen como hegemónicos, compartidos y consensuados por la mayor parte de los miembros; esas representaciones que aparecen como sentido común a una sociedad o comunidad pueden tratarse de prejuicios, estigmas o simplemente creencias equivocadas que, además de herir susceptibilidades de las personas afectadas, terminan obstaculizando los mecanismos de cuidado y prevención adecuados. Al respecto, el Lic. Agustín Rojo afirma:

La ignorancia sobre cómo se transmite o no el VIH, o cómo cuidarse, aunque no sea mayoritaria, sigue siendo muy grande sobre todo en las personas más pobres. Esto también hay que tenerlo claro al momento de pensar cualquier material de comunicación. Es frecuente todavía encontrar personas que creen que pueden infectarse por convivir cotidianamente con personas con VIH o sida, ser

picado por un mosquito, tomar mate o donar sangre. O que se están cuidando porque no donan sangre, no conviven con personas infectadas o que no tienen relaciones sexuales con “desconocidos” (Rojo, 2002, 2).

Cualquier proceso de diseño y elaboración de estrategias preventivas tendría que contemplar las condiciones contextuales y estratégicas en la que está inmerso. En relación a ello, deberán definirse cuáles son los soportes adecuados para transmitir los mensajes, cuál va a ser la finalidad de los mismos, a quiénes van a estar dirigidos y otras variables que, como hemos visto, forman parte de cualquier estrategia integral de comunicación y prevención.

La herramienta principal para detener esta epidemia pasa por la prevención y, a su vez, esta última se sustenta en la capacidad que tenga de arraigar nuevos hábitos y comportamientos sociales en la población.

Como reconoce Verónica Torras (2002, 41).

Tenemos conciencia de que el aumento acelerado de la pobreza provocado por la crisis es un contexto que puede favorecer la expansión de la epidemia. La única estrategia eficaz para reforzar la prevención y una vía privilegiada es comunicar sin prejuicios, sin eufemismos, sin rodeos y sin procedimientos colaterales, cuáles son los instrumentos principales para evitar la infección y el contagio.

Las campañas de prevención

Las campañas de prevención adquieren carácter masivo cuando utilizan como soporte a los medios masivos de comunicación – t.v., radio, periódicos, vía pública -. Lo que sucede habitualmente es que muchos de los discursos masivos se vuelven totalizadores y apuntan a un público que construyen como homogéneo y sin particularidades que lo distingan entre sí. En muchas oportunidades apelan a mensajes simplistas y supuestamente tranquilizadores que, al no focalizar en públicos específicos, dificulta los procesos de interpelación.

En muchas oportunidades, el discurso de la prevención ha hecho hincapié en la falta de información, pero casi no se preguntó por establecer a quién se le habla, qué

niveles cognitivos activar para ser efectivos, cuál es el contrato enunciativo del discurso de la prevención, cuál es la imagen que construye de sí el enunciador y del destinatario, en qué nivel operar, nacional o regional, etc.

Las campañas de prevención no siempre han conseguido buenos resultados, quizás porque en muchas ocasiones han construido destinatarios concebidos como objetos de cambio más que como agentes del cambio que se quería implementar. Habitualmente, se ha intentado persuadir al público destinatario a cambiar sus comportamientos o a asumir nuevas prácticas, en lugar de intentar negociar la mejor manera para conseguir los objetivos.

Así, cualquier material comunicacional debería definir de antemano a quién va a estar dirigido: debemos conocer en profundidad al destinatario del mensaje, cuáles son sus prácticas cotidianas, su forma de pensar, sus creencias y valores. Además, luego de realizar un estudio socio-demográfico completo, sería pertinente conocer qué grado de vulnerabilidad a la infección de VIH posee dicho público, qué actitudes toma en materia de prevención, qué sienten frente a la posibilidad de infectarse y otras variables que contribuyan a aportar información sobre sus necesidades y expectativas.

En el campo de la Comunicación en Salud un espacio fundamental es el del estudio y segmentación de las audiencias, cuyo objetivo pasa, fundamentalmente, por conocer lo mejor posible al público destinatario y definir de acuerdo a las necesidades los canales más pertinentes para comunicarse con ellos. “El público destinatario se segmenta para identificar grupos más amplios de personas que comparten valores similares, tienen las mismas creencias o tienen en común atributos claves que repercutirán en su atención y en su respuesta a la información sanitaria” (Coe, 1998, 27). (141)

De todas formas, creemos que una campaña de bien público, sobre todo si se trata de una campaña de prevención (en lo que a nosotros nos interesa, sobre VIH-sida), aunque parta de la iniciativa del que la diseña o programa, no debería desconocer los intereses y las necesidades que movilizan a los receptores a los cuales se pretende llegar.

Asimismo, sería conveniente evaluar cuáles han sido las políticas, planes y proyectos implementados sobre el tema con anterioridad para, posteriormente, pasar a un estudio pormenorizado de las potenciales audiencias. Mediante determinados estudios socio-demográficos, podría investigarse sobre los conocimientos, prácticas y patrones actitudinales de las audiencias a las que se dirigirá el trabajo. También deberían estudiarse los niveles socioeconómicos, las tasas de prevalencia de la enfermedad a prevenir entre la población objetivo, la forma en que perciben el problema y las respuestas que habitualmente llevan a cabo para afrontarlo

Los mensajes de prevención propios de una campaña, para producir los cambios de comportamientos que se consideran riesgosos, requieren definir claramente estrategias comunicacionales planificadas para reducir el riesgo de fracaso mediante el conocimiento del público destinatario y su interpelación, es decir, la convocatoria a sentirse partícipe del discurso.

Al mismo tiempo, las campañas preventivas no pueden desconocer la diversificación de los colectivos sociales a los cuales dirigir los mensajes ni el entorno social que afecta a los receptores. Entendemos que no puede hablarse a alguien que no se sabe estrictamente quién es, qué hace, qué siente, cómo y dónde vive; debo hablarle a alguien que está en determinado lugar, contemplando todos estos aspectos de la comunicación.

Este paso es de vital importancia para pasar a diseñar cualquier estrategia preventiva, porque ésta debe estar sustentada en objetivos compartidos entre el productor y los públicos destinatarios, intentando respetar los deseos y necesidades de estos últimos.

Es necesario terminar con la transmisión unidireccional de información que considera a los públicos destinatarios como pasivos e ignorantes a los que habría que inyectarles información linealmente sin hacerlos partícipes del proceso comunicacional. “La prevención requiere, más que el envío infinito de mensajes repetitivos, un discurso

que motive el proceso cognitivo que una persona o grupo hace en la toma de decisiones” (Ciamberlani, 15).

De una manera u otra, las campañas de prevención siempre se trazan determinados objetivos y adecuan los contenidos de los mensajes en función de dichos objetivos. Habitualmente los proyectos se proponen llamar la atención del público destinatario, valerse de mensajes simples y directos, evitando eufemismos y dobles sentidos. Las estrategias de comunicación en salud suelen comunicar un beneficio y tienen la ambición de ser consistentes, confiables y de movilizar determinadas acciones. Objetivamente, se trata de mostrarle al público destinatario la utilidad que puede tener asumir determinada actitud y comportamiento para que lo realicen autónomamente. Ese es el afán de cualquier campaña de prevención en salud.

Además de facilitar la información adecuada, las campañas de prevención tendrían que hacerle sentir a los receptores que se trata de información útil para ellos, y que es a ellos en particular a los que se dirige, teniendo en cuenta las diferencias económicas, culturales, sus preferencias sexuales y su cosmovisión particular sobre la problemática del VIH-sida, su grado de exposición, la tasa de incidencia en esa población, el nivel educativo, cuáles son las actividades de prevención que desarrollan para protegerse del VIH-sida, etc.

El vocabulario que se utilice es de suma importancia, en tanto va a establecer una relación particular con el receptor, tanto como el tono en el que se lo emplee. “Un mensaje puede informar, motivar, criticar, desafiar, provocar, emocionar e incluso, atemorizar según el objetivo que se pretenda alcanzar y de la audiencia seleccionada” (Rojo, 7).

De acuerdo a la estrategia comunicacional que se escoja, el texto variará en materia de estilo, tipografía, vocabulario o disposición gráfica: por ello, además de los primeros elementos, la utilización de gráficos se vuelve sustancial. Pero es necesario que el o los gráfico/s funcionen como complemento del texto escrito y no como su competencia; es decir, que la ilustración no se convierta en el elemento principal de un

texto sino en un refuerzo del contenido. Simultáneamente, deberá tenerse en cuenta que la comunicación no se restringe a lo que pasa en los medios y por eso será necesaria una comunicación más interpersonal.

De todas maneras, cualquier estrategia de prevención debería considerar que el VIH-sida moviliza una multiplicidad de sensaciones en cualquier ser humano. Además de ser disparador de una infinidad de representaciones, imaginarios y significaciones sociales, el VIH-sida se sumerge en el terreno de la sexualidad, la cual se inscribe en un complejo mucho más vasto aún, como lo es la subjetividad humana.

Muchas veces entran en juego ideologías de los receptores que no son las mismas o que no siguen la misma lógica que las prefiguradas en la producción de dichas estrategias. La propia realidad psíquica de cada persona –que no se agota en la consciencia- prefigura ciertas formas de relacionarse con el entorno, de tal manera que no es posible pretender generar las mismas reacciones o las mismas formas de significar un problema por parte del público.

Con todo, es preciso recordar que estos son elementos a tomar en cuenta de acuerdo a lo que cada estrategia preventiva se proponga como fin. Ello no quiere decir que cada producto destinado a la prevención deba abarcar todas estas dimensiones; ningún producto comunicacional puede comprender ni comunicar todo. Simplemente priorizará aquellos aspectos que sean funcionales a los objetivos que se tracen. Se trata – como hemos hecho referencia – de que las estrategias de comunicación cuyo objetivo está centrado en la prevención de la infección por VIH favorezcan los procesos de adquisición de autonomía de las personas. La habilidad estará en saber escoger cuáles son los mejores caminos para que el conocimiento, las sensaciones y las creencias operen en forma eficiente para que las personas asuman prácticas de cuidado y disminuyan su vulnerabilidad frente a la enfermedad.

El proceso de estigmatización

En el apartado dedicado al análisis de los Ejes trabajamos sobre algunas dimensiones desde las cuales se puede analizar la construcción social del complejo VIH-sida. En esta oportunidad intentaremos mostrar otro de los posibles ángulos de abordaje en torno a la temática del VIH-sida, fundamentalmente porque nuestro propósito a lo largo de toda esta producción es construir un recorrido que, al finalizar, nos haya permitido visualizar las diversas aristas desde las cuales se puede pensar la problemática que nos ocupa.

Como señalamos en varias oportunidades, el sida no se ha caracterizado – ni se caracteriza – por ser una enfermedad “más”, por el contrario, tanto su aparición como su modo de transmisión e incluso la universalización de la infección (hablamos de una pandemia) han influido para que el fenómeno del VIH-sida se encuadre dentro de los problemas más complejos para la epidemiología y las demás disciplinas que lo estudian. Ahora bien, ¿a qué hacemos referencia cuando hablamos de complejidad? Utilizamos el término complejo a fin de dar cuenta que la llegada del VIH-sida no sólo ha provocado un desafío de orden científico sino que ha producido modificaciones de tipo social, ya que la persona que vive con el virus o con la enfermedad, al hacer pública su condición, ingresa en un proceso sociocultural que modela, en un mismo movimiento, tanto la percepción que la sociedad posee sobre ella, como la que tiene de sí misma, dando comienzo a lo que podemos definir como **proceso de estigmatización**. Veamos qué implica el mismo.

Etimología de la asociación

Posiblemente la primera vinculación que realicemos al enunciar la palabra *estigma*, si no la contextualizamos en ningún campo de aplicación en particular, sea con el discurso cristiano. Según la fe católica los estigmas son las *marcas* que aparecen en los *cuerpos* de algunos fieles y que evidencian que dichas personas han sido *elegidas* por Dios para transmitir un mensaje o, al menos, que han tenido algún tipo de contacto espiritual con este.

El estigma es entonces la *prueba de una experiencia singular* que no pertenece a la esfera de lo mundano ni, por lo tanto, de lo humano, pues quien manifiesta una marca de ese tipo puede convertirse, desde ese preciso momento, en un ser *distinto a sus semejantes*.

El estigma determina *un antes y un después* en la vida de quien lo porta, el sujeto se siente profundamente afectado y modificado en sus conductas, pues la presencia de dichas marcas torna imposible que su condición permanezca en reserva. Asimismo, el estigma delata su identidad al punto de hacer pública su vida íntima. Quien tiene un estigma será considerado, valorado y apreciado a partir de nuevos parámetros y concepciones.

Consideramos que es de gran utilidad realizar este rastreo pues nos permite situarnos y, al mismo tiempo, comprender el telón de fondo que opera por detrás de nuestras asociaciones al momento de hacer referencia a los estigmas. Ahora bien, ¿qué pasa cuando trasladamos este término a otras esferas de aplicación?, es decir, ¿qué se conserva y qué se pierde en el camino a la hora de dar cuenta de otros tipos de estigmas, de aquellos que no tienen que ver con las huellas que dejaría una experiencia espiritual, sino una absolutamente terrenal?.

Proceso de estigmatización: concepto y vivencia

Según la visión de Erving Goffman en su texto “Estigma: la identidad deteriorada” (1963), las personas que poseen alguna discapacidad, mala formación o limitación psicomotriz son consideradas como *portadoras de un estigma*. Su condición las excluye “de” y las integra “a” distintos grupos, los cuales se conforman a partir de dos categorías antagónicas, en palabras del autor: los “normales” versus los “estigmatizados” (1963,24), en donde estos últimos son objeto de comentarios de diversa índole y, en varias ocasiones, son avasallados, discriminados y subestimados.

Teniendo en cuenta esta definición creemos que se torna necesario hacer hincapié en que no sólo se estigmatiza a alguien que posee alguna *marca visible* - externa - sino que en varias oportunidades se segrega y martiriza a quien vive de un

modo distinto al considerado “normal”, a las personas cuyas elecciones son divergentes a las que realiza “la media” o a quienes deciden expresarse de un modo que no se considera “habitual”. Es decir, son marginados por tener *marcas internas*, huellas que dan cuenta de “desvíos” en sus comportamientos y vivencias.

Estigma (el riesgo de una historia)

Hemos sostenido en varias oportunidades que el VIH-sida es un fenómeno social, y consideramos que tal afirmación es pertinente porque desde el mismo momento en que se detectó la enfermedad, se produjeron transformaciones sociales y culturales (incluyendo cambios políticos y económicos) que trajeron aparejadas modificaciones en las representaciones sociales y, consecuentemente, en las conductas de todas aquellas comunidades en las que habitan personas viviendo con el virus (en la actualidad no existe población en el mundo en la que no se registre, al menos, un caso de una persona viviendo con VIH. A esto se debe la denominación del sida como pandemia).

La turbulencia de teorías y versiones en torno al origen de la enfermedad, las vías de transmisión y las personas o regiones consideradas “peligrosas”, no sólo demuestran que el VIH-sida fue, es y será un hecho social en sí mismo, sino que nos permiten comprender algunas de las “nociones” que circularon inicialmente, como por ejemplo referirse al sida como “la enfermedad de las 4 H”, ya que se consideraba que el virus sólo afectaba a los homosexuales, heroinómanos, hemofílicos y haitianos (grupos en los cuales se detectaron los primeros casos seropositivos). Esta asociación directa del VIH-sida con las características de determinadas “poblaciones” es lo que finalmente se constituyó como basamento del término *grupo de riesgo*, concepto que encierra la siguiente idea: el sida sólo afecta a quienes, *previamente*, ya se encuentran estigmatizados. En otras palabras, **es la enfermedad de los socialmente enfermos.**

Si bien el avance del sida en personas que, en principio, se consideraban fuera de riesgo (mujeres, heterosexuales y niños) hizo que se dejara atrás la asociación lineal que se establecía con los grupos que conformaban “las 4 H”, sólo fue en apariencia, pues en el imaginario social siguió vigente – hasta nuestros días – la relación entre la persona

que vive con VIH-sida y su pertenencia a alguno de los “grupos de riesgos” anteriormente señalados.

Al encasillar a una persona que vive con el virus en alguno de los denominados grupos de riesgo se produce un movimiento por el cual dicha “pertenencia” se convertiría en condición suficiente para que la persona sea definida por el rasgo o particularidad que define a dicho grupo: vida sexual “antinatural” (homosexuales), adicción a drogas inyectables (heroinómanos), portadores de una enfermedad en la sangre (hemofílicos), o bien, integrantes de una comunidad “extraña” - y su correlativo sentimiento xenófobo - (haitianos). Como dijimos anteriormente, la presencia del virus en otras poblaciones (las llamadas “fuera de riesgo”) no hizo posible que se siguiera circunscribiendo (al menos exclusivamente) la enfermedad a determinados “clanes”, pero esto no fue suficiente para desterrar la mirada y la actitud acusatoria que, en general, apuntan a la persona que vive con VIH-sida.

Re- responsabilidad

Pero el proceso de estigmatización no sólo consiste en culpabilizar a la persona sino en asignarle un alto grado de responsabilidad, o lo que podríamos definir como una *doble responsabilidad*, ya que no sólo debe hacerse cargo de haber contraído el virus sino que es de su exclusiva injerencia “avisar” a los demás, a “los sanos”, a fin que estos puedan prevenir algún tipo de “contacto riesgoso”.

Como vemos, la estigmatización no sólo tiene como consecuencia la segregación y discriminación de la persona que vive con VIH sino que trae aparejado un fuerte nivel de confusión, ya que en muchas ocasiones se considera como uno – y podríamos decir el único – medio de prevención “*identificar a las personas que viven con VIH*”, poniendo en un segundo plano las medidas realmente efectivas como son el uso del preservativo, las jeringas descartables, etc.

Dentro de este proceso de estigmatización vale hacer mención a uno de los “apodos” que se le adjudicó al sida: *Peste rosa*. Aquí la “metáfora” denigra por duplicado a la persona que vive con VIH ya que, en un solo movimiento, se lo acusa por

su condición homosexual (rosa) y por ser una especie de potencial asesino cuya arma mortal es una enfermedad contagiosa (peste). Si realizamos un ejercicio de asociación muy simple, vemos que aludir al sida como un tipo de *peste* habilita un vínculo directo con enfermedades condenadas socialmente, tales como la lepra y la sífilis y, al mismo tiempo, con los mecanismos de aislamiento, expulsión y rechazo que conllevan dichas patologías.

Sin ir más lejos, la denominación de *sidoso*, que en varias oportunidades hemos escuchado en boca de alguien que se refiere a una persona que vive con sida, acústicamente suena muy similar a *leproso*, y para seguir con la cadena (semántico-sectaria) podríamos agregar: *apestoso* y *sarnoso*. En relación con la discriminación y menosprecio que sufren muchas de las personas que viven con VIH-sida, Goffman dice:

Creemos, por definición, desde luego, que la persona que tiene un estigma no es totalmente humana. Valiéndonos de este supuesto practicamos diversos tipos de discriminación mediante la cual reducimos en la práctica, aunque a menudo sin pensarlo, sus posibilidades de vida. Construimos una teoría del estigma, una ideología para explicar su inferioridad y dar cuenta del peligro que representa esa persona... (1963, 15 - Subrayado nuestro.).

Retomando la reflexión del autor, entendemos que al abordar una problemática con las características del VIH-sida se pone en juego un alto grado de responsabilidad que implica producir mensajes que tengan por finalidad la prevención del VIH-sida. Pero al mismo tiempo, y si bien las campañas de prevención analizadas no están dirigidas a las personas que viven con el virus o con la enfermedad, creemos que en algún punto éstas deben ser tenidas en cuenta o, al menos, cuidarse el modo o las referencias – explícitas o implícitas – que se utilizan para referirse a ellas, pues si damos cuenta de la enfermedad, inevitablemente estamos identificando a quien vive con ella, por el simple hecho de que es una enfermedad humana.

Mi nombre es Estigma

La estigmatización de una persona que vive con VIH no sólo se materializa en la discriminación o agresión al interactuar con otros sujetos, sino que es una problemática

que abarca el orden social, incluyendo muchas de sus instituciones. En reiteradas ocasiones las personas que viven con sida se ven avasalladas en sus derechos, sus vidas privadas se enrevesan violentamente en públicas dejándolos sin protección alguna, siendo interpelados desde un único ángulo: “son enfermos”, definición que termina por empañar sus restantes cualidades. De hecho Goffman habla del “rasgo sociológico” del estigma. Dice al respecto:

...un individuo que podía haber sido fácilmente aceptado en un intercambio social corriente posee un rasgo que puede imponerse por la fuerza a nuestra atención y que nos lleva a alejarnos de él cuando lo encontramos, anulando el llamado que nos hacen sus restantes atributos. Posee un estigma, una indeseable diferencia que no habíamos previsto (1963, 15).

Retomemos esto último, “*una indeseable diferencia que no habíamos previsto*”, creemos que aquí reside el corazón del estigma: el rechazo al otro por ser diferente, por poseer una característica que incomoda, que delata una condición distinta a la propia, tanto sea congénita, accidental o por elección.

Hilemos más profundo, no hablamos de cualquier diferencia, sino de aquella que *combina rechazo y asombro* (indeseable y no prevista, en palabras del autor). Como vemos el estigmatizado también ejerce violencia, pero a distinción de la que sufre, ésta no es premeditada ni dirigida, es su *identidad* la que nos violenta, la que sacude nuestros fueros más íntimos. Las personas que viven con VIH son interpeladas pero, a su vez, nos interpelan, hacen que nos preguntemos por nuestras elecciones y por los conceptos que poseemos más arraigados, sacando a luz nuestras contradicciones y limitaciones.

Como hicimos referencia anteriormente, la estigmatización no sólo se manifiesta en las interacciones personales, sino que también lo hace en el marco institucional. Claro ejemplo de esto son las repetidas oportunidades en las cuales las personas que viven con VIH pierden su condición de ciudadanos: exclusión laboral, asistencia médica precaria, aislamiento, falta de información y descontentación son algunos de los síntomas que dan cuenta que los mecanismos sociales, que operan con la finalidad de proteger a todos los seres humanos, se suspenden o se “recortan” cuando ellos son los usuarios.

Si bien el presente trabajo versa sobre la problemática del VIH-sida, todo lo revisado a lo largo de este capítulo nos permite apropiarnos de la posición que Graciela Touzé posee acerca de los “efectos secundarios” del uso de drogas. Ella sostiene que, así como los efectos primarios tienen que ver con consecuencias del orden psico-físico,

...(los) efectos secundarios están provocados por las respuestas sociales frente a este uso (de drogas). Si pensamos cuáles son las respuestas sociales vamos a encontrar que principalmente son respuestas de estigmatización, de rotulación, de segregación de las personas y los grupos usuarios de drogas o sospechados de uso de drogas. Entonces (...) esos efectos sociales, esos mecanismos de estigmatización y de segregación tienen efectos mucho más perjudiciales, más devastadores que los mismos efectos primarios de las sustancias. Es decir, es mucho más de riesgo el mecanismo de estigmatización que se pone socialmente en juego en relación a los usuarios de drogas, que los mismos efectos que el consumo de esas sustancias producen en esos sujetos (en Día Internacional..., 1996).

Coincidimos con Touzé en que la persona que vive con VIH - al igual que el usuario de drogas - se ve afectada, fundamentalmente, por aquello que se denomina “efectos secundarios”, siendo la discriminación y la condena social las consecuencias más perniciosas que conlleva el VIH-sida. La segregación y la reducción de la persona al status de objeto terminan por dañarlo mucho antes que la enfermedad se desarrolle, si es que alguna vez ésta lo hace. Creemos que hay que barajar y volver a repartir, tal vez se pueda comenzar por redefinir qué entendemos por primario y qué por secundario...

“Reputación”

En uno de sus textos, Susan Sontag trabaja el concepto de “reputación” (Sontag, 1989, 17), a partir del cual caracteriza las significaciones, imaginarios y representaciones que determinadas enfermedades desencadenan en la sociedad. Tomando como casos testigos al cáncer y la tuberculosis, la autora sostiene que la reputación negativa de dichas enfermedades provoca sentimientos de sufrimiento, angustia y vergüenza que finalmente devienen en lo que ella define como una degradación del yo, o lo que en palabras de Goffman es una “identidad deteriorada”

Nos parece interesante retomar lo referido a la reputación a fin de poder vislumbrar qué pasa en relación con esto en el caso del VIH-sida. Según Sontag la

reputación de una enfermedad se conforma a partir de las “asociaciones” que la sociedad construye y que tiene por finalidad vincular la enfermedad con la presencia de “características comunes” entre las personas que la padecen.

Consecuentemente, este trazado de relaciones de tipo causativas establece estereotipos, es decir, modelos de sujetos que tendrían una mayor propensión a contraer o manifestar – en el caso de enfermedades no contagiosas – una determinada enfermedad.

Por ejemplo, históricamente se identificó a aquellos de carácter sensible y pasional como los más propensos a contraer tuberculosis, mientras que las personas reprimidas o con un alto grado de apatía eran vistas como más proclives a tener enfermedades como el cáncer. Como vemos, se efectúa un “recorte” grupal cuya finalidad es identificar al conjunto de personas que sufren la enfermedad y, al mismo tiempo, reconocer cuáles son los aspectos o características comunes entre ellos. Esto que, como ya mencionamos, se conoce con el nombre de “grupos de riesgo”, es decir, personas que poseen y comparten determinados “atributos” a partir de los cuales se los encuadra dentro de un grupo específico. Pero, ¿cuál es el objetivo que subyace a esta nomenclatura y, fundamentalmente, qué implica hablar de riesgo? En materia epidemiológica, el riesgo es una medida, un parámetro; un factor de riesgo no es otra cosa que alguna característica o circunstancia propias de un individuo o grupo asociado a una posibilidad incrementada de experimentar un daño a su salud. Lo que no se revela aquí es que la consideración de lo que es riesgoso y de lo que no lo es involucra, además de los saberes científicos, valoraciones morales, ideológicas y políticas, propias de cada contexto y de cada cultura en particular.

Ahora bien, las representaciones y significaciones sociales no se dan de una vez y para siempre, por el contrario muchas de las representaciones que circularon y que circulan en referencia al complejo VIH-sida están destinadas a mutar y a dar espacio a nuevas representaciones que las ratificarán, las resignificarán y/o que les restarán crédito, precisamente porque estamos inmersos en un continuo proceso de construcción social del sentido - aunque es necesario reconocer que siempre las nuevas significaciones sociales conviven con las anteriores -. En relación con esto cabe

recordar que el proceso de construcción de sentido puede rastrearse – y este fue uno de nuestros objetivos – en las distintas marcas presentes en los discursos sociales, ya que estos no son otra cosa que la materialización de determinadas significaciones sociales imaginarias que tienen lugar en una sociedad y en una época específicas.

En resumen, las representaciones, imaginarios y significaciones imaginarias sociales se cristalizan en discursos y, como consecuencia, sólo pueden ser cuestionadas, enriquecidas o desmentidas por nuevos discursos que cristalicen nuevas representaciones, imaginarios o significaciones imaginarias. Por eso, en materia de prevención – y específicamente en relación con el complejo VIH-sida – es fundamental compartir información veraz y de fácil acceso a todo el mundo, para reemplazar aquellas representaciones que pudieron ser parcialmente verdaderas o ciertas para un estadio determinado de la investigación pero que ya no lo son.

Riesgo y alteridad

El hecho de considerar a determinados comportamientos riesgosos implica una referencia directa a las conductas practicadas por aquellos sujetos que “no respetan” el sistema normativo imperante.

El VIH aparece entonces, desde un primer momento, como una afección transmitida por un otro peligroso y perverso y que afecta, principalmente, a los ya estigmatizados (*la enfermedad de los socialmente enfermos*). Se conforma así un otro que simboliza el peligro, los infectados o enfermos de los que debemos cuidarnos “nosotros” los sanos, tejiéndose así un proceso de construcción de alteridad entre dos grupos imaginarios.

Como lo afirma Grimson (1998), “(...) ningún grupo tiene ‘rasgos’ que lo caracterizan sino en una situación de contraste específica”. De esta forma, la *construcción de alteridad* puede caracterizarse por tratar de adquirir una supremacía sobre el “otro” al que, al ser estigmatizado, se considera que no es normal como el ‘nosotros’. Así, desde este razonamiento, las conductas riesgosas se constituyen en “desvíos”, en transgresiones con respecto a una “normalidad”, perdiendo de vista que

dicha normalidad no es otra cosa que un significado social, vinculado estrechamente con una cultura e ideología particulares. Las conductas de riesgo implican entonces sujetos que las practican, sujetos “peligrosos” que, en tanto amenaza de transmisión, son desacreditados.

Lo que se efectúa es la “naturalización” de ciertos comportamientos sociales a partir de los cuales se ponen en juego representaciones de los "otros" como a-normales, legitimando de este modo determinados controles sociales sobre ellos. Martini y Halpern (1998, 6) sostienen al respecto:

Si bien la otredad es condición necesaria, mas no suficiente, para la estigmatización, el control social ejercido por un "nosotros" dominante sobre un "otros" dominado pone en escena el imaginario social que se construye sobre los otros y sus modos de operar política y socialmente en la escena social. Así el imaginario se plasma en discursos sociales que racionalizan prácticas hasta naturalizarlas como verdades del mundo.

En consonancia con este proceso es interesante identificar el papel que desempeña el denominado "etnocentrismo" que, si bien se refiere más a una problemática de pertenencia étnica, también hace hincapié en los rasgos culturales de un estrato que se considera superior a otro. El etnocentrismo se caracteriza por poner en juego la lealtad a determinado conjunto de creencias, valores, principios y que termina condenando a la diversidad en un rechazo a lo diferente. Nuevamente observamos que las formas de percibir, concebir e imaginar a las personas infectadas, a aquellas que manifiestan síntomas – y las prácticas sociales que ellas realizan -, y a la enfermedad en particular no son otra cosa que la cristalización, la concreción material en discursos de determinados imaginarios sociales que circulan dentro de una sociedad y mediante los cuales sus miembros se representan los distintos fenómenos.

Mucho más que sexo...

Desde que surgió, el sida apareció como una enfermedad de transmisión fundamentalmente sexual y, sobre todo, mortal. Sexualidad y muerte son dos dimensiones que el sida pone de manifiesto en el terreno de las representaciones, ya que “una cosa es pensar que de algún modo la sexualidad y su correlato posible, la

procreación, pueda simbolizar en un mismo movimiento la posibilidad de dar vida, pero también de morir, y otra cosa es que esto pueda ocurrir de modo relativamente inmediato y no simbólico” (Bordenave, 1996).

Por ello es que se pone en juego toda una serie de representaciones sociales que discriminan a aquella persona que vive con el virus o con la enfermedad, atribuyéndole un grado de culpa en su infección, un castigo como producto de prácticas sexuales consideradas promiscuas o perversas. Esta visión moralista incide directamente en que la enfermedad, como vimos, se considere como un estigma social, generando rechazo y retraimiento en la sociedad y correlativamente, por parte de aquellos que son estigmatizados, sentimiento de vergüenza y culpa. Además, refuerza la falsa ilusión de que si las personas no desarrollan esas prácticas “perversas” están a salvo de la enfermedad.

Retomando a Sontag vemos cómo las enfermedades se categorizan socialmente y, en consecuencia, se asignan consideraciones de tipo valorativas sobre aquellas personas que las padecen. De acuerdo a cómo se juzguen las causas de la enfermedad, según el “grado de responsabilidad” que se le atribuya al sujeto para con el origen de su enfermedad, se lo considera culpable o inocente, en donde el engrosar una u otra fila depende de la valoración de sus conductas, es decir, cuán próximas o lejanas se encuentren de las reglas sociales y de aquello que se considera como normal.

En este sentido podemos decir que aquellos que poseen una ETS funcionan como “operadores metafóricos de contagio moral y social” (Lahitte, 1996); se convierten en símbolo de las conductas y prácticas socialmente penalizadas y, de algún modo, son presentados como “casos testigos” del castigo que sufren los sujetos cuando deciden transgredir la normativa socialmente imperante. Conforman un “grupo de riesgo”, un conjunto que se constituye en una amenaza para el resto de la sociedad, para los que sí se mantienen “de este lado de la Ley”.

Como vemos, al sida se le asigna un significado moral, poniendo en juego diversas valoraciones, juicios y connotaciones que no nos permiten limitarnos a un análisis meramente científico. Contrariamente, se torna imprescindible recurrir a

consideraciones de otro tipo, como por ejemplo definir el significado social del sexo según cada sociedad, identificar las modalidades sexuales que se aceptan y las que no, o bien, qué prácticas se determinan como propias de lo masculino y cuáles son consideradas como parte de lo femenino.

Las relaciones sexuales, sus significados y connotaciones deben ser comprendidos dentro de contextos y situaciones determinadas y no de un modo genérico y homogéneo. Como sabemos, la sexualidad no es algo que se circunscriba a lo orgánico/corporal; su definición – por decirlo de algún modo – tiene origen y desarrollo en el orden cultural, ya que se construye social e históricamente a partir de la articulación de las prácticas y de las representaciones que se tejen sobre éstas. Si bien lo biológico tiene incidencia, esto no determina las formas, el significado ni la manera en cómo vivimos nuestra sexualidad. A continuación desarrollaremos mejor este punto.

Sexualidad y VIH-sida

Desde nuestro punto de vista, trabajar sobre la problemática del VIH-sida implica introducirse en algunos terrenos que suelen resultar complejos, pues creemos que una estrategia de prevención que asuma dicha problemática implica considerar variables del orden de la intimidad, de la sexualidad, de la propia personalidad que requieren indefectiblemente del aporte de múltiples disciplinas para su análisis. Cabe aclarar que con esto no intentamos identificar o resaltar una de las vías posibles de transmisión del virus (fluidos sexuales) sobre las otras (sangre y amamantamiento), sino que consideramos que el campo de la sexualidad, por su centralidad en la estructuración de los sujetos, reviste dimensiones interesantes de abordar, fundamentalmente porque se trata de espacios relacionados estrechamente con el VIH-sida. Veamos cuáles son.

El sujeto y su sexualidad: la importancia del contexto

El ser humano es un ser sexuado, en el que el género desempeña un papel trascendental en la construcción de la identidad. Cada sujeto está atravesado por su sexualidad y se trata de una constitución subjetiva que prefigura ciertos comportamientos individuales y colectivos, en un proceso de carácter individual pero siempre enmarcado en un espacio más amplio de socialización que ejerce sus propias influencias.

Grimberg retoma de Foucault la noción de sexo, según la cual es posible agrupar elementos del orden de lo anatómico, de lo biológico, sensaciones de placer, conductas, pero también el sexo se erige en una especie de significante unívoco que configura identidades y comportamientos. “La fuerte base biológica que sustenta y amalgama esta unidad artificial es justamente la principal condición de naturalización y cosificación que oculta el carácter de construcción histórico-social de la sexualidad” (Grimberg, Margulies y Wallace, 1996, 9).

Asimismo, la naturalización de la sexualidad como una instancia uniforme o con rasgos comunes a todos los individuos, se da a través de algunos mecanismos que la reducen al contacto sexual, desconociendo así el contexto y las condiciones en las que

se desarrolla el acto y pretendiendo a la vez someterlo a ciertas reglas que aparecen como fijas, al hablar de “hábitos sexuales, cuando en realidad se trata de un fenómeno mucho más complejo que trasciende la categoría de hábito y de acto que se le pretende asignar a la sexualidad.

Ese enfoque esencialista de la sexualidad asume que ésta sólo estaría en la naturaleza misma, que no sería el resultado en absoluto del papel que desempeñan lo social/histórico en cada cultura.

Tal como hemos visto anteriormente, el proceso de salud-enfermedad-atención configurado por una concepción bio-médica reduccionista deja huellas prácticamente indelebles en ciertas categorías o en la circulación de algunos imaginarios dentro de una cultura determinada. Como reconoce Grimberg, categorías normatizantes como las de “promiscuidad” o “perversidad” tienden a prefigurar ciertos comportamientos y a encasillarlos en consecuencia como “normales” o “anormales/desviados”. La sexualidad parece reducirse entonces, desde esa concepción, a la reproducción biológica y lo que no entra en determinados parámetros es enviado al territorio de lo patológico.

Pero Grimberg apela a la problematización que Standing realiza de la sexualidad, la cual trasciende holgadamente el acto puramente sexual y pasa a inscribirse dentro de un contexto mucho más vasto y complejo. La sexualidad implica entonces sensaciones de deseo y goce, al tiempo que involucra procesos sociales, económicos y políticos propios de cada cultura, como pueden ser las formas de constitución familiar, la mercantilización del sexo o las formas de vincularse entre los géneros. Los modos de significar socialmente a la sexualidad también forman parte de este amplio proceso. La sexualidad se inscribe entonces en un proceso inherente al ciclo vital humano, susceptible de cambios, aprendizajes y resignificaciones de acuerdo al desarrollo evolutivo de cada persona y de su vínculo con lo social.

Así, nuestras experiencias sexuales adquieren un sentido u otro según los sistemas de roles y vínculos, la trama social en que emergen, según los recuerdos, mitos y creencias que traemos de nuestra experiencia pasada y según cómo consideremos que esas experiencias de la sexualidad se integran a nuestros proyectos de vida. (Peralta, 1998, 3)

La sexualidad humana resurge así como un fenómeno de construcción social que implica simultáneamente a la biología y a la cultura. La historia y el contexto donde se desarrollan las relaciones humanas juegan un papel central en torno a la sexualidad, de igual modo que la experiencia personal de cada sujeto. Cualquier experiencia sexual se inscribe en un proceso amplio de negociaciones y de aprendizajes sociales, del mismo modo que se vale del plano subjetivo y de la instancia psíquica de cada ser humano.

De allí puede desprenderse la necesidad de que cualquier estrategia preventiva en torno de la problemática de la sexualidad y su vínculo con el VIH-sida supere aquellas representaciones normatizantes que discriminan, estigmatizan o desacreditan la diversidad sexual y los derechos de las personas involucradas. Si no se consigue ese proceso, “la prevención no sólo es retórica vacía. Refuerza los mecanismos de disciplinamiento y control social que, en las categorías médicas y en los procesos actuales y crecientes de medicalización de áreas claves de la cotidianidad de los conjuntos, constituyen una de las principales formas de construcción de hegemonía” (Grimberg, Margullies y Wallace, 14).

Por su parte, Weller (1999, 106) reincorpora la problemática de las “fantasías originarias” trabajadas por el psicoanálisis para estudiar el problema de la subjetividad humana. Las fantasías originales son estructuras que organizan la vida de la fantasía de cualquier ser humano, debido a que se transmiten – según el propio Freud – filogenéticamente. “Por su contenido mismo y por su temática (escena primaria, castración, seducción), las fantasías originales connotan también esta postulación retroactiva: se refieren a los orígenes. Como los mitos, pretenden brindar una representación y una “solución” a los que para el niño son enigmas fundamentales”.

En el caso particular del sida, como planteamos anteriormente, aparecen en un mismo plano las cuestiones de la sexualidad y de la muerte fuertemente asociadas, donde las fantasías originarias vinculadas a la sexualidad también desempeñan un papel trascendente.

Es posible pensar – y los fenómenos sociales que ha generado el sida parecen confirmarlo- que la presencia del sida, mediatizada siempre por discursos sociales, genera alto impacto en la subjetividad. Lo que se dice socialmente se entretiene con fantasías previas, generando fenómenos subjetivos ante el problema que desbordan el nivel ‘racional’ (Weller, 111).

La sexualidad conforma identidades y desempeña un papel mayor en la etapa de la adolescencia de los sujetos, la cual sobresale por su carácter heterogéneo. “Es fundamental considerar a los adolescentes como una población que se destaca tanto por compartir características comunes propias de la etapa vital que atraviesan como por grandes diferencias que es necesario tomar en cuenta” (Weller, 116).

Pero dentro de ese terreno de heterogeneidad resalta sin lugar a dudas la pertenencia social de cada joven. El nivel social de cada uno adquiere protagonismo en relación a las diferentes situaciones que atraviese a lo largo de su vida y, por qué no, en torno a su sexualidad. “Desde una perspectiva psicoanalítica, el adolescente se encuentra “elaborando” las nociones de sexualidad y muerte, y esto lo lleva a protagonizar diferentes “juegos” que se desarrollan inevitablemente en un marco social” (Weller, 119).

La sexualidad generalmente es encarada desde una concepción que concibe al sujeto como un ser netamente racional, cuando en realidad – tal como argumenta Freud – se trata de una actividad que no pertenece al terreno de lo consciente, pero que al mismo tiempo es susceptible de incorporar recomendaciones, exigencias o valoraciones del contexto social en el que se desarrollan las subjetividades. El psicoanálisis reconoce que los primeros vínculos de una persona dejan marcas inconscientes en la forma de relacionarse de cada sujeto consigo mismo, con su sexualidad, con su cuerpo, con las instituciones sociales y con el resto de los sujetos. Ello traerá aparejados fenómenos o comportamientos en la vida de las personas que no son fáciles de desentrañar, tal como puede suceder en torno a la adopción o no de cuidados frente al VIH-sida, el temor a estar infectado, la estigmatización de los que sí lo están, etc.

La postura de Weller se vuelve vital entonces, ya que reconoce que Freud ha contribuido enormemente a rejerarquizar el papel de lo psíquico, al postular el

descentramiento del yo humano, es decir, la afirmación de que lo psíquico no es lo mismo que la consciencia sino que es más amplio que ella. Ello nos sirve para comprender aspectos antes indescifrables de la sexualidad, si nos centramos en la prevención del VIH-sida y su relación con la sexualidad de las personas. Como destaca la autora, el descentramiento freudiano revoluciona el conocimiento de lo psíquico: “la incorporación a lo humano de lo ilógico – o lo lógico guiado por otras reglas llamadas proceso primario – amplía la comprensión de la conducta humana, modifica el modo de acercarse al problema y brinda diferentes puntos de partida para el trabajo en salud” (Weller, 197).

Ello se da en un marco donde intervienen la construcción social del fenómeno sida y, por otro lado, los recursos previos del yo de cada persona, lo cual desencadena todo un proceso de interrelaciones entre la realidad social del sida y aquello que cada subjetividad recorta o internaliza de esa realidad.

Como hemos tratado de destacar, la sexualidad es un complejo proceso que atañe a la condición humana y que se vale tanto de la experiencia subjetiva como de las influencias que dejan las estructuras y los procesos sociales. Los sujetos son parte activa en dicha construcción, como también lo es el entorno en el que se desenvuelven, llámese colegio, padres, hermanos, amigos o el ámbito social en el que el proceso de sexuación de las personas tiene lugar.

La sexualidad y sus representaciones

En muchas oportunidades se impone aquella representación social que presenta a la sexualidad femenina subsumida a su rol de madre y cuyo placer y deseo aparecen como sometidos a los que prefigura la identidad sexual del varón.

Por ello, cualquier trabajo preventivo en torno al VIH-sida debería profundizar el estudio de todas las representaciones que se tejen alrededor de la sexualidad, para conocer bien en qué consiste este fenómeno complejo que se inicia con la aparición de la vida, se desarrolla plenamente en la pubertad-adolescencia y que conforma una parte sustancial de la vida de cualquier ser humano.

El VIH-sida muestra una alta prevalencia e incidencia entre los jóvenes, sobre todo entre los sectores más vulnerables de la población: las personas con escaso nivel educativo y menores recursos económicos, muchas mujeres adolescentes, con poca posibilidad de negociar el uso de preservativo. El desconocimiento de las prácticas sexuales por parte de las estrategias de prevención o la circulación de estereotipos de género contribuyen al desarrollo de conductas de exposición al riesgo entre los adolescentes y la población adulta. Muchas representaciones sociales construidas en torno de la problemática del VIH-sida obstaculizan aún más las medidas de cuidado, sumadas a los problemas que implica la negociación por el uso del preservativo en muchas parejas.

A veces se presentan mecanismos de negación y de omnipotencia por parte de muchas personas en torno a las prácticas de cuidado, como pensar que uno está exento de la infección por tratarse de un problema de otros. La circulación de algunos imaginarios equívocos o de conocimientos erróneos puede acentuar aún más la apropiación de una información difusa y ambigua por parte de los destinatarios de determinadas estrategias preventivas. Otras veces se profundizan las condiciones de vulnerabilidad social de los sectores empobrecidos que los llevan a naturalizar las situaciones de exposición al riesgo o simplemente no encuentran una oferta de información adecuada o de servicios que los orienten en torno a cómo preservarse de la infección y de la enfermedad.

En muchas oportunidades es posible constatar que aunque la población cuente con información adecuada – precisa, pertinente y actualizada -, no suele modificar sus prácticas sexuales. Cabe preguntarse entonces si las estrategias de prevención implementadas son las correctas, puesto que la apropiación de la información y su internalización fallan en algún punto por no conseguir la adopción de las medidas de cuidado esperadas.

Ello puede deberse a diversos factores, aunque a primera vista uno puede plantear hipotéticamente que la circulación de algunas representaciones sociales estigmatizantes o discriminatorias desfavorecen la internalización de la información y la

construcción del conocimiento. Sin embargo, retomando la afirmación de Weller, hemos visto que no todo pasa por la información: el psiquismo de las personas implica un grado de complejidad que no se agota en la cuestión de la circulación de la información o del conocimiento, aunque ellos sean componentes sustanciales de las políticas preventivas.

Aunque suene a perogrullada, la problemática del VIH-sida involucra - tal como argumenta Grimberg (1995) - dos nociones esenciales a la vida humana: la sexualidad y la muerte. Lo que sucede con mucha frecuencia es que, si bien se plantean las diversas vías de transmisión del virus, se pondera a la vía sexual por sobre las otras, contribuyendo de esa manera a reducir al VIH-sida únicamente a una enfermedad de transmisión sexual (ETS). Por ello, muchas veces el sida aparece sólo como una enfermedad venérea que moviliza significaciones, imaginarios y representaciones sociales discriminatorias o normatizantes que proponen a la sexualidad como un objeto susceptible del control social.

De allí que se hable de una “sexualidad sana” y de una “sexualidad patológica o perversa”, siguiendo esas categorizaciones de regulación social que estigmatizan a ciertos individuos y desfavorecen la asunción de estrategias y medidas de prevención adecuadas. Sin embargo, la sexualidad remite a un haz de significaciones mucho más complejo que no se agota en lo que pretenden prefigurar las normas sociales.

Sexualidad y prevención

En estrecha relación con el fenómeno de la sexualidad se halla el proceso de internalización de la información y de construcción del saber sobre los modos de cuidarse/prevenirse frente a la infección. Al respecto, las palabras de Weller (1999, 148) se vuelven significativas:

...Cuando cierta información no puede ser recordada, o utilizada, es posible pensar que esto es así porque hay otra “información” o realidad que obstaculiza o entra en conflicto con ella. Hablamos ahora de la realidad psíquica, es decir que habría distintas realidades que tienen fuerza a la hora de definir el problema. Consideramos que el temor a ya estar infectado puede ser una de esas realidades o situaciones que tienen valor de verdad a la hora de tomar decisiones ante el problema.

Asimismo, el preservativo adquiere un papel sumamente protagónico en el complejo que la sexualidad moviliza. Y esto es así porque, además de ser un método anticonceptivo y que previene la transmisión de infecciones, el preservativo pone en juego toda una cadena discursiva que trasciende la esfera de las relaciones sexuales. El pedido del uso del profiláctico muchas veces despierta especulaciones relacionadas con el temor a que uno de los dos involucrados esté infectado o que mantenga relaciones extra maritales o de la pareja, desencadenando de esa manera sentimientos de miedo, vergüenza, culpa u otro tipo de fantasías inherentes al complejo fenómeno del VIH-sida y su relación con la sexualidad humana.

De todas maneras, el terreno de la prevención y su estrecho vínculo con la sexualidad ponen de manifiesto un problema que no es fácil de resolver, en tanto tiene que ver estrictamente con la subjetividad humana. Como señala Weller, algunos jóvenes desarrollan algunas actitudes frente a la adopción de medidas de cuidado en sus relaciones que ella denomina “medidas evitativas”, las cuales tienen más que ver con valoraciones y juicios de cada sujeto que con la asunción de una actitud de autocuidado.

Declaraciones del tipo “hay que ser fiel”, “no hay que drogarse ni juntarse con personas que se drogan” o “no tener relaciones con infectados” cristalizan notoriamente sensaciones de omnipotencia y de culpabilización de un otro que aparece como desviado. Por ello, en muchas oportunidades debemos tener en cuenta que la prevención no se agota en la transmisión de información, por más cuidado que sea ese proceso, sino que lo trasciende por implicar valoraciones subjetivas que desencadenan una “manera evitativa” de asumir el problema. En esa senda, Weller (174) concluye:

*Queremos resaltar este espacio donde juega lo **irracional** no para concluir que entonces no hay prevención posible, sino para que estos límites –finalmente humanos- funcionen como materia prima para la promoción de estrategias centradas en cómo es el problema (y las personas) más que en cómo debería (n) ser.*

Así, las representaciones sociales tejen un vínculo indisoluble con las situaciones personales de los sujetos, sobre todo si se tiene en cuenta que las representaciones o los imaginarios que circulan en un contexto determinado son socialmente construidos, son

una creación humana. “Entender cómo se articulan estos aspectos es asumir la vigencia en la vida humana de un doble funcionamiento psíquico (racional-irracional o, en términos psicoanalíticos, proceso primario y proceso secundario)” (Weller, 190).

De todas maneras, cualquier estudio sobre sexualidad o cualquier estrategia de prevención que se vincule a ella debería tener en cuenta que la sexualidad se inscribe en un complejo mucho más vasto, como lo es la subjetividad humana. Muchas veces entran en juego ideologías de los destinatarios que no son las mismas o que no siguen la misma lógica que las prefiguradas en la producción de dichas estrategias. Por ejemplo, en algunas oportunidades, el público destinatario de una campaña de prevención puede manifestar cierto rechazo o resistencia a internalizar las prescripciones médico-sanitarias, puede desafiarlas por no compartirlas o incorporar selectivamente algo de lo que ellas manifiestan.

Las audiencias resignifican los productos mediáticos y tienen la capacidad de manifestar espacios de no acatamiento o antidisciplina, los cuales se oponen o argumentan con el orden propuesto en la producción.

Creemos, por todo esto, que los “errores” de información, la percepción de baja seguridad del preservativo y las respuestas culpabilizantes hacia los afectados no son respuestas “equivocadas” que haya que corregir por la vía de la información, sino que son manifestación de actitudes defensivas que revelan una fuerte sensación de desprotección ante el problema y una real vulnerabilidad ante el HIV/sida (Weller, 186).

Por otro lado, es necesario contemplar que algunos discursos preventivos habitualmente se valen de mensajes moralizantes o pretenden imponer o aconsejar comportamientos, pero lamentablemente terminan desconociendo la trascendencia que desempeñan la sexualidad y el deseo en los seres humanos. Esta hegemonía del discurso bio-médico o científicista, sustentados en el paradigma cartesiano que considera al hombre como un ser solamente racional, ha enviado a la esfera del deseo al terreno de la oscuridad o de lo subalterno cuando, como recuerda Castiel (1996), las personas no acostumbra a desarrollar sus acciones siguiendo en forma sostenida a la racionalidad. Los impulsos y los afectos juegan un papel mucho más importante que el que se les suele reconocer.

Como señalamos en el espacio dedicado al discurso científico, los enunciados de la ciencia persiguen la previsibilidad y se rigen por las normas, es decir, por cómo deben ser los hechos. En determinadas disciplinas esto es así y el paradigma científico-cartesiano funciona a la perfección, pero en otras esferas, como las que hacen al comportamiento psíquico del hombre, la complejidad es de otro tipo.

La previsibilidad muchas veces se convierte en una ambición y en tantas otras los comportamientos responden a otras causas distintas a las prefiguradas por la razón. Por ello, las estrategias preventivas en torno al VIH-sida en muchas ocasiones exacerban el papel de la racionalidad o, mejor dicho, apelan a destinatarios que se cree que responderán a la normatividad de las reglas de una sociedad, pero en muchas oportunidades el deseo, los afectos y la sexualidad – esferas que desde aquel punto de vista son calificadas como subalternas o simplemente como irracionales – se ven desautorizados o desacreditados.

Por una parte es necesario entonces comprender que la información no se distribuye de la misma manera o no se accede a ella de igual modo por parte de la población sino que se da en forma diferencial.

Pero además, y este es el punto en el que centramos nuestro análisis, las personas con igual disposición de información generarán respuestas diversas en función de los aspectos subjetivos previos al problema [...]...una mirada epidemiológica que atienda a la subjetividad exige repensar tanto el modelo de sujeto vigente como la caracterización de la relación de los sujetos con la información, así como la vigencia de vulnerabilidades diferenciales en función de estos nuevos modos de pensar las poblaciones y la salud (Weller, 198).

La educación y la facilitación de la información son dos pilares fundamentales de los que se vale cualquier estrategia de prevención del VIH-sida pero, como argumenta Peter Aggleton (2002, 8), también es central el papel que desarrollan el bagaje cultural de cada individuo y el entorno en el que se desenvuelve.

El autor coincide en reconocer en lo “irracional” una fuerza con poder propio para reestructurar la sexualidad de los individuos. Habitualmente se apela a capacitar,

enseñar o adoctrinar a los receptores en torno al desarrollo de sus prácticas sexuales, pero rara vez se tiene en cuenta cuál es el grado de incidencia de la “trasgresión” en cualquier actividad sexual. El placer que puede implicar realizar algo prohibido u osado parece ser desconocido en muchas oportunidades por algunas estrategias de prevención.

La cuestión no pasaría tanto entonces por decirle a la gente qué tiene que hacer o inculcarle el miedo para que deje de hacer lo que le ocasiona un riesgo, sencillamente porque el lugar desde el que le “habla” el discurso de la prevención no es el mismo que ocupa el receptor. En todo caso, lo que podría perseguirse es que se incremente la autonomía de cada individuo para que, con el saber que se le facilita y con el propio de sí mismo, sumados a las motivaciones subjetivas, implemente decisiones autónomas que contribuyan a reducir los daños que una práctica inadecuada- en este caso, vinculada al desarrollo de su vida sexual- le podría ocasionar.

Al mismo tiempo, si el discurso preventivo está destinado a promover comportamientos seguros en relación con la sexualidad, cobra vital importancia el contexto en el que las relaciones sexuales se desenvuelven.

Afirma Aggleton que las circunstancias pueden variar si se trata de la primera relación sexual, si es una relación estable, si son relaciones ocasionales, homosexuales, heterosexuales, etc. “En última instancia, no existen panaceas universales para ser descubiertas por la ciencia de la prevención. Los enfoques que empleamos deben ser de contextos específicos” (Aggleton, 8).

No se trata de saturar de información al destinatario de una campaña de prevención, porque de ese modo también se satura la capacidad de comprensión. De lo que se trata es de facilitar la adopción de decisiones autónomas, fomentando el conocimiento y el proceso de comprensión que cada persona es capaz de generar, respetando su saber, pero también su sistema de valores, creencias y comportamientos cotidianos.

Habitualmente, el inicio de la vida sexual en forma activa se da en la adolescencia, en un momento donde se producen demasiados cambios en la vida de una

persona y donde el afecto, la contención y el acceso al conocimiento y a una información pertinentes son fundamentales, aunque en muchas oportunidades no están garantizados. Por ello, las estrategias de prevención deberían preocuparse por garantizar el acceso de todos los jóvenes, ya sea a la información adecuada, como a los servicios de salud que les puedan brindar las respuestas y los recursos que ellos precisan. En un contexto de respeto por sus derechos, por sus emociones, por sus conocimientos y por su búsqueda del placer, debería promoverse la adopción de comportamientos autónomos pero responsables, al mismo tiempo que debería facilitarse la accesibilidad a los recursos que cualquier sujeto necesita para el ejercicio de su propia sexualidad.

De todas maneras, ello no quiere decir que cada producto destinado a la prevención deba abarcar todos estos aspectos; ningún producto comunicacional puede comprender ni comunicar todo, sino que elegirá de acuerdo a los objetivos que se trace las dimensiones que se proponga priorizar. Simplemente, es nuestro afán destacar que se trata de “necesidades” comunicacionales a tener en cuenta de acuerdo a cada situación y a los objetivos que cada una requiera.

Como argumentan Weiss y Lombardi, las estrategias de prevención en torno a la sexualidad tendrían que promover el acceso a la información en forma equitativa, así como ampliar las capacidades de elección por parte de los sujetos en relación con su vida sexual. Debemos tener en cuenta que la caracterización de los géneros es parte de una interrelación histórico-cultural, coyuntural y dinámica.

Hasta aquí la esfera del deseo y del placer no fueron demasiado tenidas en cuenta por el discurso de la prevención: por eso las autoras promueven la inclusión de conductas de cuidado, tanto para cada uno como para el prójimo, pero siempre en un contexto donde tienen lugar relaciones placenteras y donde las diferencias puedan ser toleradas y respetadas.

El discurso de la prevención debería apelar a la adopción de conductas de cuidado en torno a la sexualidad tomando en cuenta el papel central que desempeña el placer. La incorporación del miedo o de la amenaza en cualquier mensaje generalmente produce rechazo en la audiencia, que puede no sentirse interpelada y que, como

consecuencia, puede desoír las recomendaciones que se le quieran hacer. Al respecto, evoquemos nuevamente a Peralta (1998, 3):

En este sentido, es sobradamente conocido que las personas dan una mejor respuesta a las motivaciones positivas que a las negativas, operan mejor a partir de sentimientos placenteros que displacenteros, en suma, responden mejor al deseo, la alegría, el afecto y la confianza que al miedo, la vergüenza y la culpa.

Los sentimientos de culpa, miedo, vergüenza, sumados a la amenaza de una enfermedad – como puede ser el sida-, el castigo o el abandono, han estado, lamentablemente, asociados a la sexualidad o, más específicamente, a las dificultades para el ejercicio de una sexualidad plena. Las estructuras sociales, como pueden ser la escuela, la familia o la religión, muchas veces contribuyen a la circulación de ciertos imaginarios o representaciones sociales en referencia al desarrollo de la sexualidad. En otras oportunidades el propio discurso de la prevención pudo haber favorecido ese proceso de asociar la sexualidad con algo impúdico, pecaminoso o peligroso.

Sin embargo, existe la posibilidad de ayudar a reemplazar la culpa por responsabilidad, la vergüenza por discreción e intimidad, y el miedo por convicción, de modo que todos puedan decidir libremente el vivir según la moral que elijan y en que hayan sido criados, pero viendo al sexo como un campo de crecimiento, desarrollo, placer y realización personal en el marco de un proyecto de vida. (Peralta, 6).

En síntesis, la sexualidad trasciende el terreno de la conciencia y de lo racional y moviliza fenómenos tanto a nivel subjetivo como colectivo. Por ese motivo, el discurso de la prevención en torno a la sexualidad no debería sustentarse en normas, valoraciones y prescripciones que desconozcan el funcionamiento de la psique humana. Tampoco deberían introducir el miedo, la culpa o la vergüenza porque de ese modo se dificulta la internalización de la información por parte de los receptores y, consiguientemente, la posibilidad de construir conocimiento.

En suma, la sexualidad no tendría que ser vista como algo peligroso o prohibido sino como un espacio de libertad y de placer, sustentado en un ejercicio autónomo y

responsable. El respeto por la diferencia, por la elección del prójimo y por sus prácticas también constituyen un pilar fundamental para el ejercicio de una sexualidad plena.

Sujeto y subjetividad

De la homo-racionalidad...

Lo micro y lo macro, mundo interno y mundo externo, el individuo y la sociedad; polarizaciones - recursos explicativos - a las cuales recurrimos en varias oportunidades cuando pretendemos dar cuenta sobre distintos niveles analíticos, o bien acerca de las diferentes dimensiones que puede abarcar una temática determinada. Pero en este afán de ser claros y precisos en nuestras exposiciones, muchas veces perdemos de vista que estamos dejando por fuera lo más rico e interesante de una problemática, esto es, los puntos de cruce, las intersecciones, los “grises”, es decir, las *tensiones* entre distintos conceptos.

La búsqueda de definiciones y concepciones basadas en certezas, en donde los márgenes de error deben reducirse a cero, no tiene que ver con una mera pretensión de exactitud o un alto nivel de exigencia, va mucho más allá de eso, forma parte de los lineamientos centrales de un tipo de pensamiento en particular: el cartesiano. Esta lógica implica un bagaje teórico preciso, contenidos específicos, objetos de estudios, campos de aplicación y herramientas metodológicas, pero fundamentalmente – y aquí ponemos el acento – una determinada concepción de sujeto o, a fin ser fiel a su terminología, de individuo.

Con esto no pretendemos descartar o criticar a la lógica cartesiana en sí misma sino, en todo caso, cuestionar los extremos que en muchas oportunidades ha alcanzado la idea de un individuo exclusivamente racional. Considerado este como dador y fuente de conocimiento, productor de saberes y ejecutor de conductas afines a sus pretensiones, en donde pensar - sentir - actuar se presentan como tres dimensiones propias del individuo, pero en donde cada una de ellas tendría distintas “jerarquías”. El pensar es el nivel predominante: desde él se controlan y organizan las otras dos esferas “inferiores”, ya que tanto el actuar como el sentir se conciben como pertenecientes a otro estrato, como producto de la razón, del aparato cognitivo, como su resultado.

Desde la mirada racionalista el actuar y el sentir no poseen autonomía de ningún tipo, no son originarios sino, en todo caso, secundarios. Poseen un tipo de estructura de segundo grado. Pero entre ellos existen diferencias pues, desde dicha óptica, el actuar sigue siendo considerado como propio del orden humano, perteneciente a la esfera de la razón, no corriendo la misma suerte todo aquello que se vincule al campo de las emociones y sensaciones. Los sentimientos son considerados como una especie de “ecos”, como vestigios de nuestra condición animal y, por lo tanto, deben ser controlados, pues nada que dé cuenta de su existencia debe dejarse entrever en nuestras ideas y conductas.

El racionalismo dio nacimiento a un “nuevo hombre” que se caracteriza por su completud y por no presentar fisuras de ningún tipo. El individuo racional es puro conocer, no hay secretos ni zonas oscuras para él, todo puede ser develado con la luz de su saber, todo, lo externo y lo interno. Los objetos y los hechos – desde esta lógica – se presentan ante los ojos del hombre “tal cual son”, en sí mismos, es como si el poder de la mente humana atravesara las cosas, les extrajera su esencia y, finalmente, se apoderara de ella. Rápidamente se puede asociar este tipo de trabajo de disección con el que realiza un científico, el cual - por cierto - ha sido el modelo de hombre por antonomasia sostenido desde el racionalismo. De hecho, sus cualidades, virtudes y conductas han sido postuladas – casi hasta nuestros días – como ejemplos a seguir por el “común” de los hombres.

Para que el racionalismo pudiera sostener esta separación entre el pensar, el sentir y el actuar fue necesario que colocara como punto de partida la siguiente premisa: la mente y el cuerpo ya no constituyen una unidad, son dos niveles absolutamente distintos, podríamos decir, dos mundos ajenos con sus respectivos “habitantes”: en el mundo-mente tendrá por morada el pensar y, en su antagónico, en el mundo-cuerpo, el actuar y el sentir (este último en las estepas más recónditas, por supuesto). Al implementar este corte estructural en la constitución del individuo no sólo se vuelve posible concebir un tipo de hombre de las particularidades antes expuestas, sino que es factible considerarlo como absolutamente desconectado de los procesos históricos.

En esta línea de pensamiento los hechos sociales no tienen ninguna implicancia en la constitución del hombre. Si bien es el protagonista de los acontecimientos, aquellos no determinan sus condiciones de existencia. Se considera que sólo el progresivo conocimiento del hombre sobre la naturaleza y su propio ser pueden producir modificaciones de algún tipo.

... a la homo – subjetividad

Sintéticamente hemos caracterizado el tipo de hombre que tiene en la mira el racionalismo. En su lugar preferimos la noción de sujeto, un concepto que tiene por finalidad re-articular la división aséptica y minuciosa que, sobre las diversas dimensiones constitutivas de lo humano, ha efectuado el racionalismo. Ya no será lo cognitivo el eje del hombre, su estructuración estará basada en sus aspectos más íntimos: las emociones, sus reacciones, los comportamientos, sus pequeños y más insignificantes actos cotidianos y, fundamentalmente, “todo eso” de lo que no se puede dar cuenta conscientemente y a lo cual muchas veces no es posible asignarle una explicación lógica o, mejor dicho, una explicación coherente con la lógica imperante. Todo esto es parte de lo que se define como subjetividad, término que además de constituir la raíz gramatical del nuevo concepto (sujeto) encierra un enfoque diametralmente distinto que el postulado desde el racionalismo.

El punto de partida que nos permite definir la subjetividad en el modo en que lo venimos haciendo es la idea de sujeto descentrado, noción propuesta por el psicoanálisis, en donde la constitución del sujeto en sí mismo se efectúa a partir de su relación con los otros. El ser racional y dueño de sí mismo, característico del racionalismo, queda aniquilado con el surgimiento de la teoría psicoanalítica y su caracterización de lo inconsciente como lo constitutivo de los seres humanos, tanto de su vida psíquica como de su vida social. Los hombres pueden concebirse a sí mismos pero no pueden dar cuenta en absoluto de lo que los ha constituido como tales, concepción que desarma, dejando prácticamente inutilizable, los preceptos de la filosofía de la conciencia.

Sin dudas el pilar de la teoría psicoanalítica ha sido el descubrimiento del inconsciente como lo constitutivo de los sujetos. Toda esa dimensión que excede las

normas de la conciencia y que va más allá de los conocimientos que posea una persona sobre sí misma y sobre su entorno.

Como vimos en la caracterización que efectuáramos al inicio de este capítulo, el individuo “del racionalismo” concibe a la realidad “tal cual es”, es decir, se considera que las cosas del mundo son tal como el hombre las percibe, lo cual implica considerar que la totalidad de las cosas, hechos y acontecimientos son percibidos, entendidos y procesados de la misma manera por toda la humanidad. Entonces tenemos, por un lado, una realidad única y externa, con sus lineamientos propios y, por otra parte, un individuo racional, que produce conocimiento sobre la realidad circundante y que aplica su saber sobre la misma pero que, bajo ningún punto de vista, se ve modificado por ella. Podríamos decir que, desde este tipo de pensamiento, se plantea una asimilación directa entre la realidad material y la percepción que sobre la misma poseen los individuos. No existen mediaciones de ningún tipo ya que la literalidad gobierna la relación mundo externo – mundo interno.

Por el contrario, cuando nosotros hablamos de sujeto lo hacemos desde la perspectiva de un sujeto de intervención, en donde opera una doble constitución. Por un lado la constitución del sujeto en sí mismo y, por el otro, la que implica convertir al mundo como objeto propio, como objeto de deseo o de intención. Entonces, lo que rescatamos es la concepción de sujeto como reflexividad, en donde ésta última no se reduce a la capacidad de razonamiento o cuestionamiento interno, sino que se refiere a la reflexividad en tanto deseos, expectativas, miedos y predisposiciones, es decir, no sólo a la posibilidad que como sujetos tenemos de pensarnos sino también, y fundamentalmente, de sentirnos.

Es retomando el marco teórico del psicoanálisis, y particularmente esta concepción de *sujeto descentrado*, desde la cual podemos sostener que los sujetos poseen relaciones imaginarias con sus condiciones materiales de existencia.

Es decir, si partimos de la constitución inconsciente de los sujetos, estos nunca podrían tener una consciencia plena de sus condiciones materiales, como si las cosas del

mundo se imprimieran en la conciencia y se conformaran en conceptos o categorías analíticas a partir de las cuales entender y vivir el mundo. Dicha linealidad no existe, lo que hacen los sujetos es representarse su vivencia con las condiciones materiales, aunque esto no implique negar una relación concreta con dichas condiciones, sino que éstas son vividas por cada sujeto de diferente manera, con elementos que mediatizan este vínculo, es decir, con valores, creencias, emociones, prejuicios, saberes y hábitos, en donde cada uno de ellos se constituyen como *realidades de otro tipo*, con su estructura y organización particular, distinta a las modalidades propias de la realidad material.

Ampliar el prisma

A lo largo de nuestra vida escuchamos y repetimos gran cantidad de frases, incluso muchas de ellas las reproducimos infinidad de veces y bajo distintas circunstancias, pero son muy pocos los momentos que nos detenemos a reflexionar acerca de su significado o posibles remisiones. Creemos que es sumamente interesante trabajar sobre proverbios, frases y refranes, ya que cada uno de ellos, además de contener un mensaje – o al menos la intención de transmitir uno –, se constituyen como “pequeños resúmenes” de las creencias populares que en cada momento circulan en la sociedad y que, de algún modo, nos ayudan a visualizar el perfil de época.

Hagamos memoria, ¿cuántas veces hemos oído el dicho popular que dice algo así como... “*el color del mundo depende del cristal con que se lo mire*”?, y ¿qué pasa con una de las frases más recordadas de “*El Principito*”?, aquella que nos recuerda que “*lo esencial es invisible a los ojos*”. Una vez recordadas cabe preguntarnos por qué elegimos estas dos frases, es decir, qué relación tienen con lo que venimos tratando en el presente capítulo.

Veamos algunas palabras: color – cristal – mirar – invisible – ojos. Si queremos establecer un eje conductor o relacional entre las dos frases, a partir de las palabras resaltadas, podemos decir que ambas hacen referencia a que existen **diversos y**

múltiples modos de percibir el mundo y, al mismo tiempo, que es **imposible que todo se vuelva evidente ante nuestra mirada**. Apertura y cierre, infinidad y finitud, las dos frases dan cuenta, en un mismo movimiento, tanto de las potencialidades y posibilidades humanas como de las limitaciones existentes.

Precisamente porque **los sujetos tenemos la capacidad de construir distintos significados es que podemos asignarle diferentes sentidos (en sí y entre sí) a las cosas del mundo**. Los hechos que protagonizamos, las percepciones y las circunstancias que nos determinan son vivenciadas por cada uno de nosotros de un modo absolutamente diferente, en donde con cada intervención ponemos en juego distintos sistemas de creencias, escala de valores, ideologías y emociones. Si retomamos la primera de las frases, podemos decir que las *tonalidades* de la vida – la propia y la de los otros – serán apreciadas según *los cristales con que miremos*. Estos no sólo cambian de persona a persona, sino que nosotros mismos a lo largo de nuestra historia iremos mudando, en varias oportunidades, de cristales: a veces miraremos con monóculo, otras con lupa, algunas con binoculares y hasta quizás, por qué no, con un pedazo de vidrio roto.

¿A qué apuntamos con todo esto?, a que habrá momentos en que veremos las cosas con mayor cercanía y otros de un modo más distante y lejano, pero siempre y bajo cualquier circunstancia tendremos algún *punto de vista* sobre los hechos, las problemáticas y los temas que hacen a nuestra vida cotidiana. Ahora bien, es necesario tener en cuenta que en todo momento estamos hablando de *perspectivas*, de enfoques que se obtienen según cómo y dónde estemos posicionados, es decir, de acuerdo a los contextos en los que estamos insertos y a las condiciones que nos determinan.

Nuestra percepción no es aséptica, sino que está absolutamente imbuida de sentimientos, prejuicios, creencias y principios que mediatizan nuestras percepciones y que tornan imposible una relación “desinteresada” con las cosas del mundo.

Esto es propio de la “propuesta objetivista” postulada desde el racionalismo, la cual sostiene que al individuo consciente las cosas del mundo se le presentan “tal y como son”, de un modo directo y sin determinaciones externas. Por el contrario, nosotros consideramos que no hay tal literalidad entre la realidad material y nuestras

experiencias concretas. Los sujetos nos representamos lo vivido y, a partir de esto, definimos lo que entendemos por realidad, determinamos nuestros criterios de verdad y emitimos juicios de valor acerca de lo que consideramos como lógico. Las cosas y los hechos no son de una única manera, en todo caso *son – o no son* - según el sentido que nosotros les asignemos, no hay una esencia a develar o, al menos, es “*invisible a los ojos*”.

Manos a la obra

Los sujetos somos productores de sentido y en esta tarea de significar todo lo que nos rodea – además de nuestras propias prácticas – utilizamos distintos materiales, los cuales no sólo difieren entre sí por sus características particulares sino, y fundamentalmente, por su origen. Veamos, por un lado existen objetos, hechos, relaciones, sucesos, problemáticas, conductas y un sinnúmero de factores a los que podemos agrupar bajo el nombre de “cosas del mundo” y que conforman aquello que denominamos como *realidad material* pero, por otro lado, y al mismo tiempo, estamos poniendo en juego sentimientos, valoraciones, sistema de ideas, conceptos, creencias y todo aquello que podemos señalar como constitutivo de nuestra *subjetividad*.

Las emociones, los prejuicios y las ideologías no sólo modelan nuestra subjetividad sino que tienen su propio sustento y una lógica propia que, si bien dista mucho de la planteada por el positivismo, posee sus particularidades y modos de organizarse. Las “leyes internas” que gobiernan la subjetividad, así como la estructuración que ésta posee, son las que rigen en el *inconsciente*, en donde las relaciones de causa – efecto y todos los mecanismos racionalistas por excelencia no poseen vigencia alguna, o para decirlo de otro modo, quedan suspendidos. Diremos entonces que, así como las “cosas del mundo” constituyen la realidad material, las “cosas de la subjetividad” conforman lo que desde el psicoanálisis se define como realidad psíquica.

Cuando los sujetos intervenimos en el mundo y construimos significaciones, ponemos en juego *distintas realidades*, diferentes dimensiones que condicionan tanto la percepción como la práctica. Si bien lo consciente y lo inconsciente se hacen presente en cada una de nuestras acciones, ya que ambos planos son parte de la psiquis humana,

no tenemos que perder de vista que nuestra constitución como sujetos tiene centro en lo inconsciente, y que es en este campo donde debemos buscar muchas de las “respuestas” acerca de nuestros modos de proceder e interpretar la realidad.

Subjetividad y hechos sociales

Todo el desglose analítico que venimos realizando a lo largo de este capítulo tiene, fundamentalmente, dos objetivos: en primer lugar definir el concepto de persona desde el cual partimos y, por lo tanto, descartar las nociones que no compartimos; en segunda instancia, la incidencia que esta concepción tiene en el complejo VIH-sida, específicamente, en las campañas de prevención de dicha enfermedad.

Ya lo hemos reiterado en varias oportunidades, pero creemos que vale la pena hacerlo una vez más: el VIH-sida es un hecho social y, como tal, se encuentra atravesado por diversas dimensiones, todas las cuales – y más allá de los distintos grados de incidencia que cada una de ellas posee – intervienen en la construcción de la representación social que sobre la enfermedad se encuentra vigente en nuestra comunidad. Hablar del VIH-sida en tanto *hecho* (existe, es verificable, se puede corroborar) *social* (relacionado con los integrantes de una sociedad), implica mucho más que la suma de estos términos, ya que en la definición de la enfermedad participan elementos propios de lo cultural, de lo educativo, de lo político y de todos aquellos ámbitos que se interrelacionan en el entramado social y que inciden en el desarrollo de nuestras vidas.

Cada uno de nosotros participamos, directa o indirectamente, de los hechos sociales, pues más allá de la posición que tengamos frente a estos (protagonistas, analistas, espectadores, etc.) somos sujetos productores de significados, asignamos valoraciones y establecemos aquello que para nosotros tiene sentido o no lo tiene – lo cual no deja de ser un modo de significar -. Tenemos que empezar a desdibujar la línea que, desde determinados enfoques, desvincula lo perteneciente al ámbito de lo social de aquello que sólo sería propio de los fueros individuales, como si los procesos que se desarrollan en la sociedad y la vida de los sujetos fueran dos rectas paralelas sin punto alguno de intersección. Los hechos sociales no son “de tal o cual manera”, no se definen

en sí mismos, sino a partir de la significación que les damos, es decir, según cómo sean subjetivados por cada uno de nosotros. Con cada acción y respuesta que damos ante los acontecimientos y circunstancias que nos rodean, ponemos en juego nuestra subjetividad y damos lugar – de modo inconsciente – a la activación de emociones, pre – nociones, temores y creencias, en otras palabras, a la realidad psíquica.

Como vemos esta vinculación entre la realidad material y la psíquica es permanente, encontrándose presente en cada una de nuestras prácticas cotidianas. Por tal motivo, creemos que este punto debe ser fuertemente tenido en cuenta cuando se trabaja en la planificación de proyectos de prevención de VIH-sida, ya que la información que pueda suministrarse no bastará para generar “conciencia de riesgo” (Weiss y Lombardi en *Actualizaciones...*, 2003) en las personas, pues si bien es necesario que la información sea acorde, veraz y actualizada, esto no es suficiente. Se vuelve sumamente importante, entonces, tener en cuenta que escuchamos y procesamos la información que recibimos desde nuestra subjetividad y a partir de una perspectiva propia.

Contar con información no es sinónimo de comprensión. Es factible conocer – hasta el punto de recitar de memoria – las vías de transmisión del VIH-sida y los métodos de prevención existentes, pero esto no nos dice nada acerca de la posibilidad de traducir dicho saber en la práctica, es decir, en comportamientos que impliquen conductas de cuidado concretas, que mejoren la calidad de vida de las personas y que les permitan visualizar dichos cambios. Entonces,

...es perfectamente posible ‘saber’ cosas pero ‘no saberlas’. Es decir, saberlas de un modo desvinculado, ‘desafectado’. Es posible ‘siempre haber sabido algo’ – en el sentido cognitivo – pero no haberlo vinculado con por ejemplo, algún problema en particular. Es así que muchas veces la resolución de un problema no requiere de ‘nueva información’ sino del modo en el que se significa (re – significa) ‘vieja información’ ‘o información’ que ya estaba de algún modo disponible (Weller, 1999, p.148).

Esto, que en principio puede ser visto como una contradicción o dualidad, no es otra cosa que el proceso que el psicoanálisis define como de *doble inscripción*, concepto que da cuenta de lo siguiente: mucha de la información con la que contamos puede estar

disponible en un nivel pero no en otros, es decir, si bien podemos tener información a nivel cognitivo nada garantiza que la misma pueda ser implementada en la práctica.

Como vemos, el manejar información de un modo consciente y contar con la capacidad de reproducirla verbalmente e, incluso, transmitirla a otros, no garantiza la posibilidad de operacionalizar dicho conocimiento en acciones concretas. Es desde este proceso de *doble inscripción* que la subjetividad interviene, permanentemente, en cada uno de los actos de nuestra vida, poniendo en juego otras realidades (temores, valores, sentimientos, prejuicios, etc.) y haciendo imposible una traducción de tipo “uno a uno” con la realidad material y los mecanismos conscientes.

Ética del cuidado

Desde Saussure - al menos - sabemos que no hay una relación directa entre los conceptos (significados) y las imágenes acústicas de los mismos (significantes). Por el contrario, tal vinculación no es de orden natural sino cultural, producto de convencionalismos que fueron determinando las distintas leyes gramaticales y sintácticas que hoy definen la lengua de cada uno de los pueblos. Pero si nos detenemos unos segundos en lo dicho, podemos apreciar cómo esta definición que, en principio, nos resulta familiar – y hasta obvia – no se hace tan evidente en la práctica, en nuestras conversaciones y en las distintas interacciones que mantenemos diariamente, ya que en muchas ocasiones pareciera que los objetos, los hechos o las acciones a los que nos referimos tuvieran inscriptos sus nombres, como si estos brotaran espontáneamente de las cosas que designan.

Tal naturalización oculta la arbitrariedad que esto conlleva, pues que una madera con cuatro patas se denomine mesa o que un período de siete días se conozca con el nombre de semana no es más que una elección que se lleva a cabo en un momento específico y bajo circunstancias determinadas. Somos los sujetos quienes, con nuestras intervenciones, construimos el lenguaje y lejos estamos de limitarnos a reproducir palabras o a organizar las frases de un modo unánime. Nuestra tarea es plenamente activa: con cada una de nuestras participaciones discursivas contribuimos en la producción lingüística y, si bien existen reglas que funcionan como lineamientos generales y que constituyen un código compartido – condición necesaria para comunicarnos -, nada se establece de una vez y para siempre. Por el contrario, en muchas ocasiones deseamos e incluimos términos, modificamos conceptos y otorgamos nuevos significados.

Por todo esto consideramos que uno de los trabajos más interesantes que se realiza desde el campo de la comunicación es el de resignificación de palabras, conceptos y categorías con las que convivimos diariamente. Dijimos en varias oportunidades que los sujetos somos activos productores de sentido, que las cosas “son” en tanto signifiquen para nosotros.

Pues bien, en ese proceso productivo de significados tenemos la posibilidad de cuestionar y de aportar – o al menos sugerir – definiciones y puntos de vista tanto para nuevos términos, como para los ya existentes, e incluso, para aquellos que se consideran “incuestionables”.

¿A dónde apuntamos con esto? Cuando hablamos sobre prevención damos cuenta tanto de las definiciones que dejamos de lado, pues creemos que no nos ayudan a ampliar la mirada y el campo de acción, como de aquellas concepciones que sí reflejan nuestra posición, debido a que asumen la diversidad y la heterogeneidad que consideramos nodal para la elaboración de proyectos de prevención de VIH-sida. Al mismo tiempo dejamos plasmada – con la ayuda de varios autores - nuestra óptica. Hicimos explícito que sólo la abundancia de información no garantiza comportamientos acordes con una mejor calidad de vida ya que se torna importante rescatar las necesidades, valores, sentimientos y emociones de la gente, sus condiciones de existencia y, fundamentalmente, la subjetividad.

Bregamos por la participación real y activa – en lugar de simbólica y pasiva –, en donde los sujetos, en tanto productores de significados, no se limitan a repetir información sino que intervienen en prácticas que se encarnan en conductas cotidianas y concretas. La propuesta es recuperar al sujeto en todas sus dimensiones, contextualizarlo e integrarlo a experiencias que le permitan construir conocimiento, donde el foco esté centrado en generar cambios favorables y palpables en sus conductas; en definitiva – y en palabras de Rolando Martíná – “sentir, hablar sobre lo que se siente, pensar sobre lo que se habla, hacer según se piensa, se habla y se siente, etc. etc. Es decir que será necesario, simultáneamente, crear cierto clima, introducir cierto léxico y desarrollar ciertas destrezas” (Martiniá, 1999, 32)

La propuesta es más que interesante, Martiniá plantea la necesidad de recuperar las dimensiones constitutivas del sujeto – el sentir, el pensar y el actuar –, pero no pone el acento en cada una de ellas por separado sino en el entrecruce de las mismas, en los puntos de intersección y en el mutuo rescate de unas por otras. En esta apuesta plena al *Ser*, el autor nos invita a transitar por un rumbo que zigzaguea entre la potenciación del sentir, la valoración del propio cuerpo, el respeto mutuo, la reducción de la violencia, la

inclusión de distintas miradas a la hora de abordar problemáticas y la construcción desde las diferencias. Descartando todo tipo de individualismo vacío, el puntapié inicial es asumirnos como “seres de relación” (Martiniá, 1999, 23), ya que permanentemente interactuamos con otras personas, establecemos vínculos y participamos de múltiples y variados intercambios.

Pero todo esto no lo hacemos por ser meros animales parlantes que pueden cruzar palabras: relacionarnos constituye la razón básica de nuestra vida. No podríamos subsistir sin mantener contacto con nuestro entorno, las conductas de los otros nos determinan y, a su vez, la nuestra lo hace para con los demás. Hagamos un alto en este punto: tenemos que tener en cuenta que los comportamientos no son estériles y que siempre generan algún tipo de reacción en respuesta, por su parte – y si bien esto debemos tenerlo presente en todo momento – esta idea toma mayor fuerza a la hora de formular e implementar proyectos que tienen como objetivo mejorar la calidad de vida de los sujetos y que apuntan a cambios favorables en sus prácticas cotidianas.

Por su parte, adherimos a la propuesta del ya mencionado Martiniá, al espíritu de su concepción en general y, en particular, a las nociones de “educación emocional” (Martiniá, 2000, 115) y “ética del cuidado” (120). Veamos de qué se trata y qué aportes acarrea esto para el enfoque que queremos darle al tema de prevención.

El tipo de intervención que propone la “Educación Emocional” es, al mismo tiempo, procesal y relacional, diferenciándose de los enfoques educativos tradicionales y de las polarizaciones del tipo: educador / educando, o aquella que distingue entre los que detentan el saber y los que – cual recipientes – están a la espera de absorber dicho conocimiento.

Desde la perspectiva *martiniana*, educar excede ampliamente el hecho de transmitir y recibir información, por el contrario, supone *aprendizaje*, siendo una de las metas principales “aprender a aprender” (Martiniá, 2003, 44) y, desde aquí, la idea de un proceso educativo permanente y continuo, que nos dé la posibilidad de vivir mejor, planificar en conjunto y realizarnos como personas, que nos brinde las herramientas

para que la convivencia no sólo sea más llevadera sino, fundamentalmente, más enriquecedora para todos.

Esto último se vincula directamente con el otro eje del concepto: lo emocional. El desafío reside en recuperar los sentimientos, las sensaciones y las vibraciones de los sujetos en todo su esplendor, aboliendo los presupuestos que desechan todo lo perteneciente a lo corporal o al orden de la experiencia. Ya lo hemos dicho, y lo repetiremos hasta el cansancio, somos sujetos por y desde nuestra subjetividad. No son meros mecanismos racionales los que moldean las conductas, lejos de esto, es el sentir el que guía y define nuestros actos. El hecho de reconocer que estamos atravesados por valores, prejuicios, pasiones y temores, y que esto es lo que en última instancia - o primera, para ser más precisos – determina nuestro accionar, es un paso imprescindible para poder comprender, no sólo que cada uno de nosotros actuamos de distinta manera, sino las diversas razones que sustentan dichos comportamientos.

La capacidad de ponerse en el lugar del otro e intentar entender las causas de sus conductas, opiniones y decisiones se conoce con el nombre de *empatía*, y este ejercicio no sólo implica un corrimiento desde un lugar – el propio – a otro, sino hacer el esfuerzo de ver cómo siente, piensa y actúa ese otro desde la posición que ocupa, es decir, no pasa por definir cómo yo actuaría en el lugar de otro, sino los motivos que llevan a que ese otro se comporte de tal o cual manera bajo determinadas circunstancias. Consideramos que este trabajo (hacer empatía) no puede ser “salteado” a la hora de planificar en prevención ya que implica recuperar los sentimientos y las emociones que todos ponemos en juego cuando nos enfrentamos a distintas problemáticas y, obviamente, el VIH-sida no representa la excepción.

Por el contrario, si tenemos en cuenta la subjetividad y las distintas manifestaciones que ésta presenta en las experiencias de los sujetos, podremos redefinir el concepto de prevención otorgándole un significado y enfoque diferente al postulado tradicionalmente.

Nuestra concepción de la prevención – apoyada a su vez en las de muchos de los autores citados – plantea por un lado, conocer y comprender cuáles son las vías de

transmisión del VIH (sangre, fluidos sexuales y amamantamiento) y, fundamentalmente, por qué sólo se puede contraer el virus por dichas vías y por ninguna otra; por otro lado, pero de la mano de esto último, construir espacios de participación real que nos permitan incorporar a la vida cotidiana prácticas concretas que tengan por objetivo mejorar la calidad de vida y, al mismo tiempo, favorecer y generar condiciones que aumenten el nivel de salud de nuestra comunidad. Estar bien para hacer bien, o en palabras de Fernando Onetto, “bienestar para bien obrar”. “Ese bienestar, profundo, aun en sus turbulencias, sereno, aun en la contemplación de sus propias debilidades, es el terreno en el que pueden germinar actitudes de respeto, de cuidado, de crecimiento. Es decir, las condiciones para que una propuesta ética sea algo más que un emotivo sermón” (Martiniá, 2000, 125)

De esta manera damos entrada al otro concepto pilar de Martiniá, aquel que habla de la *Ética del cuidado* o, por qué no, del cuidado como ética. A fin de ser fieles a la idea diremos que:

... se puede afirmar que cuidar y cuidarse, dos experiencias trascendentes, son, ambas, en el fondo, lo mismo: si no cuido no me cuido, porque alrededor de mí aumentarán las posibilidades de violencia. Si no me cuido, hago abuso de los otros, porque les delego el cuidado de mí. O sea: tengo el deber de cuidar a los otros por mí y tengo el deber de cuidarme a mí por los otros (Martiniá, 1999, 26 - resaltado del autor).

Como vemos, hablar de *cuidado* implica, al mismo tiempo, hablar de *potencia* y de *valoración*. Las dos son sensaciones, provienen del campo de la subjetividad y, a nuestro parecer, se instauran como condiciones *sine qua non* en cualquier trabajo de prevención. Ante lo expuesto, podremos decir entonces que resignificamos, que le asignamos un sentido distinto al “usual”, a la noción de prevención, ya que desde nuestra mirada **Prevenir es CUIDAR (cuidarnos y cuidar a otros)**, quedando atrás las ideas de preservar o de evitar, pues cuando hablamos de prevención lo hacemos pensando en un aprendizaje que nos permita recuperar nuestras emociones, lo vivencial en primer término y como lo prioritario a rescatar.

Pero cuidar, en los términos que aquí lo venimos definiendo, no se agota en el mejorar aspectos orgánicos (o al menos no se reduce a esto), sino que supone una cuestión que excede con creces el enfoque biomédico: cuidar implica un tema ético. Ahora bien, y como nos recuerda Martiñá, tenemos que evitar caer en polarizaciones que no sólo no aportan a la construcción de esta nueva propuesta sino que se vuelven peligrosas para la misma. Tanto la ética que el autor define como *dogmática* (Martiñá, 2000, 119) como aquella que identifica con el adjetivo de *cínica* (p.119), postulan una relación de excesos para con el Ser. La ética dogmática se caracteriza por su autoritarismo e idealización, su lema es el deber ser, la norma como guía de las conductas humanas sin reconocer la existencia de algún tipo de contradicción. Por su parte la llamada “ética cínica” se desvanece entre una postura relativista e ingenua. Del sometimiento del ser – propio de la ética dogmática - pasamos ahora a la dictadura del ser, “todo vale”, no hay límites de ningún tipo, es sólo un dejar fluir...

Frente a este tipo de éticas, que presentándose como antagónicas terminan haciendo causa común en sus planteos extremistas, alza su voz la “ética del cuidado”. Una ética con “minúscula” (por ser práctica y concreta), que apuesta a conductas responsables (responder por los efectos de las acciones que nos tienen como protagonistas) y en donde cuidar y cuidarse se convierte en la única creencia rectora. Una ética que implica “mínima pretensión y máxima inclusión” (simple pero integradora) que en lugar del deber ser o dejar ser propone un poder ser, desde el cual reintegrar y valorar las emociones, sensaciones y todo aquello propio de lo corporal. Se sitúa en el “presente”, en el aquí y ahora y se caracteriza por estar contextualizada, por tener en cuenta tanto limitaciones como posibilidades; una ética de la “pluralidad” que no busca homogeneizar ni estandarizar, sino que trabaja desde las diferencias, considerando los múltiples puntos de vista existentes. Ayudándonos una vez más con las palabras del autor diremos que esta ética...

Distingue para integrar. A demasiada poesía, equilibra con ciencia; a demasiada ciencia, con sensibilidad; a demasiada sensibilidad con cognición; a demasiada cognición con intuición creativa; a demasiada intuición, con voluntad fáctica; a demasiada voluntad fáctica con control; a demasiado control, con poesía. (Martiñá, 2000, 124)

El triángulo queda conformado con los siguientes vértices: “Educación Emocional” (EE), Prevención (P) y “Ética del cuidado” (EC). Ahora sólo debemos hacer rotar la figura para que la base, en cada momento, esté conformada por distintos segmentos: EE – P; EC – P y EC – EE. Como segunda instancia, y una vez que nos hayamos apoyado en cada una de dichas bases, estaremos en condiciones de girar el triángulo rápido, tan rápido que la velocidad lo transforme en un círculo donde los tres conceptos permanentemente se pongan en juego, implicándose unos a otros y sin la posibilidad de elegir a uno de ellos por sobre los dos restantes.

Conclusiones

En muchas ocasiones en este lugar de los escritos – las Conclusiones – se suelen formular ideas de cierre, evaluaciones de objetivos o síntesis, en otras palabras, se intenta consolidar los conceptos centrales sobre los que se apoyó el trabajo realizado. Pero esto no es más que una elección ya que, desde nuestro punto de vista, el final de una producción puede ser utilizado tanto para los destinos ya mencionados como para la combinación de alguno de ellos o, simplemente, algo diferente a dichas opciones. En nuestro caso, y sin afán de originalidad de ningún tipo, sólo intentaremos plasmar algunas ideas, o mejor dicho, dejar puertas abiertas a fin de que cada uno pueda seguir los distintos caminos trazados. Caminos que, obviamente, no inauguramos nosotros, sino que sólo hemos transitado de la mano de otros que, desde hace mucho tiempo, pusieron manos a la obra.

A largo de nuestro trabajo atravesamos por distintas aristas desde las cuales nos fue posible obtener diferentes enfoques acerca de la problemática del VIH-sida y, específicamente, en torno a la construcción social que sobre dicho complejo ha efectuado el Estado Nacional argentino en el período comprendido entre 1989 y 1998. A fin de efectuar un recorte en el campo de investigación, y con el objetivo de confeccionar un corpus, seleccionamos y analizamos las campañas masivas de prevención (audiovisuales) elaboradas y emitidas durante esos diez años. Este material empírico sustentó y definió los parámetros a lo largo de todo el trabajo, estructurándose como el punto de partida – entre otros tantos – del rastreo de las representaciones sociales vigentes en aquel momento, la identificación de los discursos circulantes (concepciones, perspectivas e ideas fuerza), al mismo tiempo que nos permitió vislumbrar las construcciones de sentido imperantes en torno al sida y, fundamentalmente, con relación a las personas que viven con el virus o con la enfermedad.

Una vez efectuado el recorrido por los distintos capítulos que constituyen el presente escrito, creemos que se puede apreciar la multiplicidad de enfoques, la interdisciplinariedad de conceptos, así como también las distintas miradas puestas en juego.

Pero creemos que esta *diversidad* lejos está de ser caótica, pues posee un eje conductor que atraviesa todo el trabajo, a nuestro entender: la valoración y reivindicación del sujeto en todas sus dimensiones. El objetivo central, trascendente incluso al propio planteo de la problemática que nos ocupa, fue que la metodología propuesta, la elección de autores y las reflexiones producidas tuvieran, en todo momento, como punto de partida – y de llegada – al ser humano en tanto persona.

Como dijimos en reiteradas oportunidades (y no nos cansaremos de hacerlo) los sentimientos, las contradicciones, los valores y los prejuicios, así como los contextos culturales y las determinaciones político-económicas, son la directriz de los comportamientos de los sujetos. Atrás quedó la idea de que las personas accionamos y organizamos nuestra vida cotidiana, únicamente, guiados por la consciencia. Por el contrario, y como hemos visto, en cada una de nuestras prácticas se hace evidente que estamos constituidos por: *el pensar, el sentir y el actuar*, tres dimensiones que se entrelazan y se refuerzan entre sí y, en cuya interacción, lejos está la primera de convertirse en la gobernante. Entonces, y recurriendo a una metáfora *artística*, podríamos decir que si la vida fuera una *escena*, sin dudas, es el sentir quien *escribe los libretos* y, sólo desde aquí, las otras dos dimensiones pueden *protagonizar*.

Y es, precisamente, desde estas tres dimensiones desde donde queremos “*concluir*” nuestro trabajo, pues nos parece que:

Desde el pensar...

hemos reflexionado junto a otros. Autores y trabajadores de la problemática del VIH-sida nos aportaron sus experiencias, conceptos y, fundamentalmente, distintos enfoques desde los cuales abordar esta temática.

Diversas referencias, citas e ideas se constituyeron en los disparadores de nuestro trabajo, en donde el objetivo-faro fue seguir construyendo en sintonía con ellos, a fin de brindar una mirada comunicacional que no se redujera al mero análisis de

medios sino, en todo caso, que apuntara a la circulación de discursos sociales en tanto producción permanente de sentido.

El análisis teórico tiene una fuerte incidencia en el presente escrito, pero creemos que lo interesante es que el mismo funciona a partir de la práctica. Ésta es la que inicia y guía todo el trabajo de investigación y, al mismo tiempo, la que plantea la estructura y organización del mismo. *Partiendo de la práctica llegamos a la teoría para, una vez más, volver a la práctica*, instituyendo de este modo un *movimiento dialéctico* y, por lo tanto, circular que da razón de ser a la reflexión teórica, en donde ésta encuentra su sustento siempre en la acción.

Desde el sentir...

intentamos interpelar a los potenciales lectores, ya que si tuviéramos que definir con un solo término cuál fue la intencionalidad de este trabajo diríamos: *sensibilizar*. Creemos que para esto fue indispensable *desombliquizarnos*, levantar la mirada y ver más allá de ese “nosotros” inclusivo pero, muchas veces: reductor, sectario y estéril.

Nuestro horizonte de trabajo estuvo orientado, en todo momento, hacia las personas que viven con VIH o con sida, en ellas pensamos cada vez que incluimos un concepto o definimos una idea. Consideramos, sinceramente – y a diferencia de las campañas que analizamos –, que las personas que viven con el virus o con la enfermedad tienen que ser los destinatarios, los verdaderos protagonistas de este tipo de trabajos – más allá de la utilidad que pudiera tener esta tesina a la hora de encarar estrategias de prevención –, pues de lo contrario sólo estaremos diciendo más de lo mismo, intercambiando términos y redactando párrafos que tal vez, lean unos pocos.

Desde el actuar...

es sólo desde donde se pueden realizar los *cambios*. Consideramos que los procesos de transformación se dan en la práctica, a partir de comportamientos y acciones concretas que cuentan con la participación activa y real de los sujetos. Teorizar es importante pero, como ya dijimos, sólo si tiene como punto de largada y de llegada la

práctica. Es por ello que este trabajo nació y se construyó con la finalidad de aportar nuevas miradas que sirvan para instaurar un espacio de reflexión, a partir del cual poder construir estrategias de intervención concretas que colaboren en la búsqueda de una mejor calidad de vida para cada uno de nosotros en particular y, a su vez, para nuestra sociedad en su conjunto.

Bibliografía

- Aggleton, P., “Educando el deseo”, 14° Conferencia Internacional de VIH/SIDA, Barcelona, 2002. En *Desidamos*, Revista de FEIM, Año XI, Número I, Bs. As., Julio 2003.
- Barreda, V., “El impacto de la representación de la sexualidad como factor de riesgo en el modelo epidemiológico del SIDA”. En *Seminario sobre SIDA*, Ed. de la Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales de la UBA, Buenos Aires, 1996.
- Beltrán, Luis Ramiro, “Salud pública y comunicación social”. En *Chasqui Revista Latinoamericana de Comunicación*, n.63, Quito, Ecuador, septiembre 1998, p34.
- Benveniste, E., “Estructuras de las relaciones de las personas sobre el verbo”. En *Problemas de Lingüística General*, Gallimard, París, 1996, pp. 225-226.
- Biagini, G. y Sánchez, M., “Actores sociales y SIDA. ¿Nuevos movimientos sociales? ¿Nuevos agentes de salud? Las organizaciones no gubernamentales y el complejo VIH-SIDA”, Espacio Editorial, Buenos Aires, 1995.
- Bordenave, A., “El SIDA o la vida bajo amenaza”, Mimeo, Buenos Aires, 1996.
- Cahn, P., Bloch, C., Wéller, S., “El Sida en Argentina. Epidemiología, subjetividad y ética social”, Ed. Arkhetypo, Buenos Aires, 1999.
- Calabrese, A., Touzé, G., Rossi, D., Simon, P, “Día Internacional Jornada contra el uso indebido de Drogas”, 1996. www.rosario.gov.ar/muni10e/salud.
- Caro, G., “La comunicación de bien público”. Colección Comunicación, Ed. Don Bosco, Buenos Aires, 1995.
- Castiel, L., “Crime e Castigo: risco e prevencao do HIV/AIDS. Moléculas, moléstias, metáforas; o senso dos humores”, Unimarco, Sao Paulo, 1996.
- Castoriadis, C. (1975): La institución imaginaria de la sociedad. Vol 2, Ed. Tusquets, Barcelona, 1989.
- Castoriadis, C. (1981): Los dominios del hombre, las encrucijadas del laberinto, Cap: "Lo imaginario: la creación en el dominio histórico social", Original publicado en *Disorder and*

Order", *Proceedings of the Stanford International Symposium*, Paisley Livingstone ed, Stanford Literature Studies 1, Anma Libri, Saratoga, 1984.

- Cavalcanti, L., "Intervención comunitaria en el campo de las toxicomanías". En *La investigación en toxicomanía: estado y perspectivas*, Ed. FIUC-GRITO-FUNLAM, Medellín, Colombia, 1996.
- Chalmers, A., "¿Qué es esa cosa llamada ciencia?", Ed. Siglo XXI, Madrid, 1982.
- Ciamberlani, L., "El contrato comunicacional de la prevención", Material de la Cátedra de Semiótica de los medios, Carrera de Ciencias de la Comunicación de la UBA.
- Coe, Gloria A, "Comunicación y promoción de la salud". En *Chasqui Revista Latinoamericana de Comunicación*, n.63, Quito, Ecuador, septiembre 1998, p. 26-29.
- Coordinación SIDA / Secretaría de Salud, Gobierno de la Ciudad de Bs. As., "Vivir en positivo. Guía para las personas con VIH-sida, sus familiares y amigos", Buenos Aires, 2003.
- Coordinación Sida del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, "Hablemos de VIH-sida", Buenos Aires, 2003.
- Dávila de Vela, Gloria, "Comunicación y movilización social". En *Chasqui Revista Latinoamericana de Comunicación*, n.63, Quito, Ecuador, septiembre 1998, p40.
- De Certeau, M., "La invención de lo cotidiano", Universidad Iberoamericana, México, 1995.
- Domínguez Mon, A., "De las ETS al SIDA: la construcción de la práctica médica pública hospitalaria". En Kornblit, A., *Sida y Sociedad*, Ed. Espacio, Buenos Aires, 1997.
- Epstein, Isaac, "Comunicación y salud pública". En *Chasqui Revista Latinoamericana de Comunicación*, n.63, Quito, Ecuador, septiembre 1998, p47.
- Fiske, J., "Los estudios culturales británicos y la televisión". En Robert Allen (de.) *Channels of discourse. Television and contemporary criticism*. North Carolina, University of North Carolina Press. Traducción y adaptación de Fernanda Longo, 1987.
- Ford, A., "Prólogo para este curso", Buenos Aires, Documento de la Cátedra de Comunicación II, 2001.

- Fox, Elizabeth y Coe, Gloria, “Conductismo: ¿hacia dónde nos llevó?. En *Chasqui Revista Latinoamericana de Comunicación*, n.63, Quito, Ecuador, septiembre 1998, p.34-39.
- Goffman, E., “Estigma: la identidad deteriorada”, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1963.
- Grimberg, M., Margulies, S. y Wallace, S., “La construcción social del problema VIH-SIDA : Tensiones Conceptuales”. En *Seminario sobre SIDA*, Ed. De la Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales de la UBA, 1996.
- Grimberg, M.: "Sexualidad y construcción social del Vih-sida: las representaciones médicas" en Cuadernos Médicos Sociales Nro 70., 1995.
- Grimberg, M., “La relación trabajo/salud entre los gráficos”. *Construcción social y hegemonía*. Tesis de Doctorado UBA, Buenos Aires, 1992 .
- Grimson, A., “Introducción. Construcciones de alteridad y conflictos interculturales”. Documento de la Cátedra Teorías de la Comunicación II de la Fac. de Ciencias Sociales, Buenos Aires, 1998.
- Hall, S., “Significado, representación, ideología: Althusser y los debates postestructuralistas”. En Curran, J., Morley, D. y Walkerdine, V. (compiladores). *Estudios culturales y comunicación. Análisis, producción y consumo cultural de las políticas de identidad y el posmodernismo*, Paidós, Barcelona, 1998.
- Intercambios Asociación Civil, “Prevención del VIH-SIDA en usuarios de drogas”. Resultados de un Proyecto de Investigación e Intervención. Ed. Rolta, Buenos Aires, 1999.
- Iriart, C., “La reforma del sector salud en Argentina: De la Salud como Derecho Social y Bien Público a Responsabilidad Individual y Bien de Mercado”. En *Reforma en salud: De lo Privado a lo Solidario*, Ed. Centro de Estudios y Asesoría en Salud-CEAS, Quito, Ecuador, 1997.
- Kordon, D., Edelman, L. y otros, “La impunidad. Una perspectiva psicosocial y clínica”, Sudamericana, Buenos Aires, 1995.
- Kucinski, Bernardo, “Información, salud y ciudadanía”. En *Chasqui Revista Latinoamericana de Comunicación*, n.63, Quito, Ecuador, septiembre 1998, p.30-33.

- Lahitte, M. Leticia, “Problemática de la construcción social del VIH-SIDA: Grupos de riesgo y estigmatización”. En *Seminario sobre SIDA*, Carrera de Trabajo Social, Fac. de Ciencias Sociales de la UBA, Buenos Aires, 1996.
- Ley 23.798 (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) 16/8/90 y Decreto reglamentario, 1/7/91.
- Lizcano, E., “La construcción retórica de la imagen pública de la tecnociencia: impactos, invasiones y otras metáforas”. En Revista *Política y Sociedad*, N° 23, Madrid, 1996.
- Lorusso, Haydeé y Cabral, Ana Lía, “Recuperar y resignificar el debate sobre el futuro de la Educación para la salud”. En *Salud y Población*, Cuadernos de capacitación de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, N°2, Buenos Aires, 2000.
- Malo, Miguel, “Salud y enfermedad en América Latina”. En *Chasqui Revista Latinoamericana de Comunicación*, n.63, Quito, Ecuador, septiembre 1998, p.31).
- Martini, S. “La comunicación es interacción. Cuando comunicar es hacer: interaccionismo simbólico, Irving Goffman y apuestas en juego”, Documento de la Cátedra de Comunicación II de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA, Buenos Aires, 1994.
- Martini, S. y Gobbi, J., “Agendas públicas y agendas periodísticas”, Documento de la Cátedra de Comunicación II de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA, Buenos Aires, 1998.
- Martini, S. y Halpern, G., “Imaginario social”, Documento de la Cátedra de Comunicación II de la Facultad de Ciencias Sociales de la UBA, Buenos Aires, 1998.
- Martiñá, R., “¿Qué hacemos con los chicos?”, Ed. Bonum, Buenos Aires, 1999.
- Martiñá, R., “Escuela hoy: Hacia una cultura del cuidado”, Ed. GEEMA, Argentina, 2000.
- Martiñá, R., “Escuela y Familia: Una alianza necesaria”, Ed. Troquel SA, Buenos Aires, 2003.
- Morley, D., “Teoría de las audiencias activas: péndulos y trampas”. En *Journal of Communication* n°43, vol. 4. Traducción de Alejandro Grimson y Mirta Varela, Buenos Aires, 1993.
- ONUSIDA, “Derechos Humanos y acceso a tratamiento para VIH/sida. Estudios de casos sobre Derechos Humanos”, Lacasso.

- Organización Panamericana de la Salud, “Manual de técnicas para estrategias de comunicación en salud”, OPS, Washington DC, 1985.
- Peralta, J., “Los múltiples escenarios de la sexualidad humana”. En *LUSIDA, Componente Educación, Sida y ETS. Cuaderno de lecturas N°1*, Bs. As., 1998.
- Petracci, M., Quevedo, L. Y Vacchieri, A., “Los modelos político-comunicativos del sida y el cólera en la Argentina (1991-1993), Programa OPS-CLACSO de Promoción de la Investigación Social: Estado y Salud en América Latina y el Caribe, 1994.
- Renaud, M., “De la Epidemiología Social a la sociología de la prevención: 15 años de investigación sobre la etiología social de la enfermedad”. En Revista *Epidém. et Santé Publ.*, París, 1987, p. 3-19.
- Rey, Germán y Restrepo, Javier, “Desde las orillas”, Santafé de Bogotá, 1996.
- Rojo, A., “Cómo hacer un afiche o un folleto de prevención del VIH-sida”. Material de la Coordinación Sida del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2002).
- Rojo, A., “Elementos para una estrategia de comunicación”. Material de la Coordinación Sida del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, 2002.
- Rossi, D. y Touzé, G., “SIDA: Discriminación y control”. En *Margen*, Revista de Trabajo Social, Año I, N°1, Buenos Aires, octubre de 1992.
- Rossi, D. y Touzé, G., “Prevención del SIDA en consumidores de drogas”. En *Seminario sobre SIDA*, Ed. De la Carrera de Trabajo Social, Facultad de Ciencias Sociales de la UBA, 1996.
- Rossi, D. y Touzé, G., “Políticas públicas en SIDA y drogas: el control social duro”. En *Delito y Sociedad*, Revista de Ciencias Sociales, Año IV, N°6-7, Buenos Aires, 1995.
- Rossi, D., “Uso de drogas. El sentido de la intervención”. En Revista *Análisis, Publicación sobre problemas asociados con el uso de drogas*, Volumen I, N°1, Ed. Federación Internacional de Universidades Católicas y Fundación Universitaria Luis Amigó, Medellín, Colombia, junio de 1998.
- Sabino, Carlos, “El proceso de investigación”, Ed. Panapo, Caracas, Venezuela, 1986.

- Sontag, S., “El SIDA y sus metáforas”, Ed. Muchnik, Barcelona, 1989.
- Swenson, R., “Las epidemias, la historia y el SIDA”, *The American Acholar*, Vol. 57, N°2, primavera 1983, p16-22.
- The Boston Women’s Health Book Collective, “Nuestros cuerpos, nuestras vidas”, Plaza & Janés Editores S.A., Barcelona, 2000.
- Torras, V., Infosida, Publicación de la Coordinación Sida de la Secretaría de Salud del Gobierno de la ciudad de Buenos Aires. Año II, Número II, Octubre de 2002.
- Touzé, G. y Rossi, D., “SIDA y drogas.¿Abstención o reducción del daño?”. En Kornblit A. (comp.) *Sida y Sociedad*, Ed. Espacio, Buenos Aires, 1997.
- Umberto Eco, “Cómo se hace una tesis”, Gedisa, Barcelona, 1971.
- Uranga, W. y Bruno, D., “Tres perspectivas para comprender/nos”, Material de Cátedra del Taller Anual de Políticas y Planificación de la Comunicación, Facultad de Ciencias Sociales de la UBA, Buenos Aires, 2001.
- Vacchieri, A., “Comunicación de políticas sociales: las campañas de lucha contra el SIDA”. En *Margen*, Revista de Trabajo Social, Año V, N°10, verano de 1997.
- Verón, E., “Causa Rerum. El SIDA, una enfermedad de actualidad. Informe de investigación”. Traducción de la Cátedra de semiótica II, Carrera de Ciencias de la comunicación de la UBA.
- Verón, E., “La semiosis social”, Ed. Gedisa, Buenos Aires, 1987.
- Verón , Eliseo, “El análisis del contrato de lectura”. En *Les Medias: Experiencias, reserches actuelles, applications*, IREP, París, 1985.
- Watney, S., “The subject of AIDS”. En *Social representation, social practice*, The Farmer Prss, Nex York-London, 1989.
- Weiss, M. y Cardoso, N., Jóvenes comunicando a jóvenes. Apuntes de campañas de comunicación, UNESCO-GCBA, Buenos Aires, 2003.

- Weiss, M. y Lombardi, G., “Salud, sexualidad y VIH-sida. Actualización para el debate con los docentes”, Coordinación SIDA, Secretaría de Salud, Dirección de Currícula, Secretaría de Educación, Gobierno de la ciudad de Buenos Aires, Marzo 2003.
- Weller, S.(1995): SIDA y subjetividad. Incorporación de dimensiones éticas y subjetivas al tratamiento epidemiológico del SIDA, Facultad de Psicología, UBA, Buenos Aires, 1995.