Informar o significar. Comunicación pública de la salud y masculinidades

Jorge Omar Segovia[1]

Universidad Nacional de San Juan

Ensayo

Material original autorizado para su primera publicación en Journal de Ciencias Sociales, Revista Académica de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Palermo.

Recepción: 27-08-2026

Aceptación: 21-09-2026

Resumen: Durante las últimas décadas, la comunicación se ha consolidado como un componente relevante de las políticas públicas de salud, aunque buena parte de las intervenciones sanitarias aún se sustenta en concepciones instrumentales centradas en la transmisión de información. Mediante una reflexión teórica sobre los estudios latinoamericanos de comunicación, la salud colectiva y los estudios sobre masculinidades, este ensayo sostiene que la comunicación pública de la salud constituye un espacio de producción social de sentidos, y no un mero canal de mensajes preventivos. Se argumenta que los modelos hegemónicos de masculinidad, asociados a la autosuficiencia, la negación de la vulnerabilidad y el rechazo del cuidado, operan como mediaciones culturales que condicionan la apropiación de los discursos sanitarios, tal como lo evidencia la sobremortalidad masculina documentada para la región de las Américas. Esta lectura cultural, sin embargo, debe complementarse con el reconocimiento de que el modelo informacional produce efectos empíricos reales, aunque moderados; con la necesidad de no esencializar a los varones como un bloque homogéneo; y, con un enfoque relacional que analice la masculinidad dentro de sus tramas de vínculos, con la pareja, otros varones, la familia y el sistema de salud. Frente a estas tensiones, se sostiene que el modelo informacional y el de producción de sentido no compiten entre sí, sino que coexisten según la situación comunicacional, tal como lo mostró la pandemia de COVID-19. Se incorporan además el Modelo Médico Hegemónico, los determinantes sociales de la salud, el enfoque relacional y la perspectiva interseccional como marcos complementarios, junto con experiencias latinoamericanas de comunicación dialógica en salud masculina que funcionan como

[1] Licenciado en Comunicación Social, Magíster en Políticas Sociales (UNSJ) y Doctorando en Comunicación (UNLZ). Se desempeña como docente e investigador en el Departamento de Ciencias de la Comunicación de la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de San Juan (Argentina). Es miembro del Gabinete de Estudios e Investigación en Comunicación (GEICom-UNSJ). Correo electrónico: jsegovia@unsj-cuim.edu.ar

antecedentes de intervención. El aporte específico de este ensayo consiste en mostrar cómo los significados culturales del cuidado y las condiciones materiales, relacionales y estructurales se articulan y se retroalimentan mutuamente.

Palabras clave: comunicación pública de la salud; masculinidades; cuidado; producción social de sentido

To Inform or to Signify. Public Health Communication and Masculinities

Abstract: Over the past decades, communication has become a central component of public health policy, although many health interventions still rely on instrumental conceptions centered on information transmission. Through a theoretical reflection on Latin American communication studies, collective health, and masculinity studies, this essay argues that public health communication constitutes a space for the social production of meaning rather than a mere channel for preventive messages. It contends that hegemonic models of masculinity, associated with self-sufficiency, the denial of vulnerability, and the rejection of care, operate as cultural mediations that shape how sanitary discourses are appropriated, as evidenced by the male excess mortality documented for the Americas. This cultural reading must be complemented by the recognition that the informational model produces real, albeit moderate, empirical effects, by the need not to essentialize men as a homogeneous group, and by a relational approach that analyzes masculinity within the webs of relationships in which it is actually embedded, with partners, other men, family, and the health system. Accordingly, it argues that the informational model and the model of meaning production do not compete with one another, but rather coexist depending on the communicational situation, as shown in extreme form by the COVID-19 pandemic. It also incorporates the Hegemonic Medical Model, social determinants of health, the relational approach, and intersectionality as complementary frameworks, together with documented Latin American experiences of dialogic communication in men's health that function as intervention precedents. The specific contribution of this essay consists in showing how the cultural meanings of care and the material, relational, and structural conditions articulate and mutually reinforce one another.

Keywords: public health communication; masculinities; care; social production of meaning

1. Introducción

Durante las últimas décadas, la comunicación ha adquirido una presencia creciente en el diseño e implementación de las políticas públicas de salud. Las campañas de prevención, las estrategias de promoción de hábitos saludables y las acciones de comunicación institucional se han consolidado como componentes habituales de las

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

intervenciones estatales orientadas a mejorar las condiciones de salud de la población. Sin embargo, una parte importante de estas iniciativas continúa sustentándose en concepciones instrumentales de la comunicación, centradas en la transmisión de información y en la expectativa de que un mayor acceso al conocimiento producirá, de manera casi lineal, modificaciones en los comportamientos individuales.

Esta concepción no carece de fundamento, y más adelante se argumentará que conserva un valor específico en determinadas circunstancias. Resulta, sin embargo, insuficiente para comprender la complejidad de los procesos mediante los cuales las personas construyen sentidos acerca del cuerpo, la salud, el riesgo y el cuidado. Las prácticas preventivas no dependen únicamente de la disponibilidad de información científica ni de la claridad de los mensajes institucionales, sino que se encuentran atravesadas por experiencias, trayectorias sociales, relaciones de poder, pertenencias culturales y configuraciones de género que median la apropiación y la resignificación de los discursos públicos.

Dentro de este escenario, las masculinidades constituyen una dimensión analítica particularmente relevante. Numerosos estudios han mostrado que las formas socialmente legitimadas de ser varón influyen en la manera en que los sujetos interpretan el riesgo, se vinculan con el sistema de salud y desarrollan o evitan prácticas de cuidado. Conviene advertir, no obstante, que se trata de una dimensión heterogénea y no reducible a un modelo único, tal como se discutirá en detalle en los apartados siguientes.

Metodológicamente, este ensayo se apoya en una reflexión teórica. No pretende un relevamiento exhaustivo ni sistemático del campo, sino una lectura crítica y articulada de un corpus seleccionado por su centralidad en tres tradiciones, a saber: los estudios latinoamericanos de comunicación, la salud colectiva y los estudios de masculinidades, puesta en diálogo con evidencia empírica regional. En particular, se incorporan el informe Masculinidades y Salud en las Américas de la Organización Panamericana de la Salud (2019) y la síntesis antropológica de de Keijzer (2023), que permiten contrastar las proposiciones teóricas con datos de morbimortalidad y con experiencias de intervención efectivamente documentadas en la región, en lugar de sostener la articulación entre lo cultural y lo estructural únicamente en el plano declarativo.

El objetivo de este ensayo es analizar cómo los modelos hegemónicos de masculinidad median la apropiación de los discursos sanitarios y condicionan las prácticas de cuidado, y proponer una articulación entre las dimensiones simbólico-culturales y las condiciones materiales y relacionales que también determinan la salud masculina. Se busca, en particular, examinar en qué medida el modelo informacional y el enfoque de producción

social de sentidos resultan complementarios, y no excluyentes, para comprender la comunicación pública de la salud.

Cabe preguntarse, entonces, si la comunicación pública de la salud debe optar entre informar y significar, o si esa disyuntiva encubre una falsa alternativa. Este ensayo sostiene la segunda posibilidad. El desplazamiento desde el modelo informacional hacia una perspectiva de producción social de sentidos no implica descartar el primero en favor del segundo, sino reconocer que ambos coexisten y se activan de manera diferente según la situación comunicacional. Sostener esta coexistencia exige, sin embargo, someter el argumento cultural a un examen exigente. Es necesario, por un lado, evitar que la crítica al modelo informacional se convierta en un rechazo total de su utilidad, dado que este produce efectos reales, aunque moderados. Es necesario, por otro, evitar que la noción de masculinidad hegemónica se convierta en un molde que homogeneiza a los varones, y atender a los estudios que insisten en analizar a la masculinidad no como un actor aislado, sino en la trama relacional en la que efectivamente actúa.

De este debate se desprende el aporte específico que este ensayo busca ofrecer. No se trata únicamente de sintetizar tradiciones ya existentes, sino de mostrar, con anclaje en evidencia epidemiológica regional y en experiencias de comunicación dialógica efectivamente documentadas en América Latina, de qué manera puede articularse en la práctica la dimensión simbólico cultural del cuidado, con las condiciones materiales y relacionales que también lo determinan.

2. Comunicación pública de la salud y producción de sentido

La expansión de la comunicación como componente de las políticas públicas de salud constituye uno de los rasgos más significativos de las estrategias sanitarias contemporáneas. Sin embargo, este desplazamiento no siempre implicó una transformación equivalente en la forma de comprender la comunicación. En numerosos casos, las acciones comunicacionales continúan respondiendo a modelos lineales que privilegian la circulación de información, confiando en que el conocimiento científico, una vez difundido, producirá cambios en las conductas de la población.

Esta concepción encuentra uno de sus antecedentes en el modelo informacional formulado por Shannon y Weaver (1949), cuyo interés estuvo centrado en la transmisión eficiente de mensajes entre un emisor y un receptor. Aunque dicho modelo representó un aporte fundamental para las ciencias de la información, su aplicación al campo de la salud favoreció el desarrollo de estrategias orientadas principalmente a corregir déficits informativos de la población.

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

La persistencia del modelo informacional en la comunicación de la salud responde a las lógicas del Modelo Médico Hegemónico (MMH), como describe Menéndez (1988), donde se prioriza una mirada biologista, individualista y ahistórica sobre el proceso de salud-enfermedad. Esta limitación ya había sido advertida por la comunicación popular latinoamericana. Como señalaba Kaplún (1985), el esquema clásico de la transmisión —donde un emisor experto deposita información en un receptor pasivo— fracasa porque reduce el vínculo social a un acto de mera aspersión de mensajes. Frente a esta matriz vertical, pensar la comunicación desde un enfoque crítico exige desplazar el eje de la información hacia el diálogo, reconociendo que los sujetos no 'consumen' datos sanitarios de manera neutral, sino que los interpretan y resignifican a partir de sus tramas culturales (Martín-Barbero, 1987).

Es necesario, no obstante, matizar el rechazo de este modelo. La evidencia acumulada en meta-análisis de campañas mediáticas de salud (Noar, 2006) muestra que las campañas basadas en información pueden producir efectos de magnitud pequeña a moderada sobre el conocimiento, las actitudes y, en menor medida, las conductas. Descartar por completo el valor de la información sería tan reduccionista como sobrevalorarlo. La información continúa siendo una condición necesaria, aunque no suficiente, de las prácticas de cuidado.

En el campo de los estudios culturales, Hall (1997) plantea que la comunicación constituye un proceso de producción de significados en el que las representaciones no reflejan simplemente la realidad, sino que participan activamente en su construcción. Desde América Latina, Martín-Barbero (1987) profundiza este desplazamiento al proponer el pasaje "de los medios a las mediaciones", cuestionando las perspectivas centradas exclusivamente en los mensajes.

Esta concepción dialoga con la pedagogía crítica de Freire (1970) y con Beltrán (2006), quien sostiene que la comunicación constituye un proceso de interacción democrática basado en la participación, alejándose de las concepciones difusionistas que caracterizaron buena parte de las políticas de desarrollo en América Latina. Desde esta perspectiva, la comunicación pública de la salud puede comprenderse como un espacio de producción social de sentidos que complementa, sin reemplazar del todo, su función informativa. Además, esta línea de pensamiento permite inscribir el debate actual en la comunicación para el cambio social, donde el receptor no es un destinatario pasivo de información sanitaria, sino un actor político capaz de transformar sus propias condiciones de vida.

3. El cuidado como construcción social

La ampliación del concepto de salud impulsada durante las últimas décadas modificó profundamente las formas de comprender la prevención y el cuidado. La definición propuesta por la Organización Mundial de la Salud, consolidada en la Carta de Ottawa (1986), desplazó la mirada desde la enfermedad hacia las condiciones sociales que posibilitan el bienestar, reconociendo que la salud no depende exclusivamente de la atención médica sino también de factores económicos, culturales, ambientales y políticos.

Desde la perspectiva de la salud colectiva, Menéndez (2003) sostiene que los procesos de atención y cuidado se encuentran atravesados por saberes, experiencias y formas de vida socialmente construidas. Petracci y Waisbord (2011) sostienen que la dimensión comunicacional atraviesa todas las etapas de las políticas públicas de salud, desde la definición de los problemas sanitarios hasta la implementación de programas. En esta misma línea, Briggs y Hallin (2016) advierten que los discursos sanitarios construyen públicamente la salud y la enfermedad mediante procesos de legitimación discursiva.

Conviene, sin embargo, distinguir dos niveles de análisis que el enfoque culturalista tiende a fusionar, a saber, el nivel simbólico-cultural, en el que se producen sentidos sobre el cuidado, y el nivel estructural-material, referido a las condiciones concretas de acceso, como la cobertura de salud, la disponibilidad horaria, la distancia a los centros sanitarios y la situación laboral, que también condicionan las prácticas preventivas. Esta dimensión estructural encuentra un anclaje conceptual preciso en la propuesta de Menéndez (1988) sobre el Modelo Médico Hegemónico (MMH), entendido como el conjunto de prácticas, saberes y teorías generado por la medicina científica que ha logrado imponerse como forma legítima y casi excluyente de atender la enfermedad. Menéndez (1988) describe una serie de rasgos estructurales del modelo como el biologismo, el individualismo, la ahistoricidad, la asociabilidad y el mercantilismo, entre otros. El biologismo constituye el rasgo dominante desarrollado en la formación médica y la práctica epidemiológica, que tiende a subordinar los factores sociales, culturales y económicos a una explicación centrada en lo biológico, incluso cuando se trata de nociones, como el concepto de estilo de vida, originalmente pensadas para articular lo individual con lo social, y que la práctica epidemiológica termina reduciendo a un mero indicador de grupo de riesgo. Este señalamiento es relevante para el argumento del presente ensayo porque muestra que la insuficiencia del modelo informacional en salud no es solamente un problema comunicacional, sino que se encuentra sobredeterminada por un modelo médico que, estructuralmente, tiende a desestimar las condiciones sociales del proceso de salud, enfermedad y atención.

Desde una perspectiva comunicacional, Massoni (2011) propone comprender estos procesos como dinámicas de producción de sentido antes que como simples acciones de difusión, entendiendo la comunicación como un proceso de encuentro entre actores, saberes,

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

territorios y culturas. En este sentido, Menéndez (2022) destaca que buena parte de los procesos de salud, enfermedad, atención y prevención se resuelven, en primera instancia, mediante la autoatención. Las prácticas mediante las cuales los sujetos y sus grupos primarios -antes de recurrir al sistema médico formal- identifican, interpretan y gestionan sus padecimientos. Pensar el cuidado desde esta perspectiva implica reconocer que las políticas públicas no solo buscan modificar comportamientos individuales, sino que también producen sentidos acerca de qué significa cuidarse y quiénes deben asumir esa responsabilidad, sin que ello suponga desatender las condiciones materiales que hacen posible, o impiden, ejercer ese cuidado.

4. Masculinidades y salud

Si el cuidado constituye una construcción social de sentidos, resulta necesario preguntarse por las condiciones culturales que intervienen en esa construcción. Desde la propuesta de Scott (2011), el género constituye una categoría analítica que permite comprender cómo las diferencias entre varones y mujeres son producidas y legitimadas mediante relaciones sociales e históricas de poder.

Connell (1995) desarrolla el concepto de masculinidad hegemónica para explicar cómo determinados modelos de ser varón adquieren legitimidad social y se convierten en referentes normativos. La autosuficiencia, el control emocional, la fortaleza física y el rechazo de la vulnerabilidad constituyen algunos de los rasgos que históricamente han organizado este modelo. Como señala Courtenay (2000), muchas conductas vinculadas con la exposición al riesgo o la demora en la consulta médica funcionan como formas de demostrar y reafirmar identidades masculinas socialmente valoradas. En una línea afín, Bonino (2002) advierte que el modelo tradicional de masculinidad puede constituirse en un factor de riesgo para la salud masculina.

Esta relación entre masculinidad hegemónica y salud no se sostiene únicamente en argumentos conceptuales. El informe “Masculinidades y Salud en las Américas”, elaborado por la Organización Panamericana de la Salud (2019) bajo la coordinación de Benno de Keijzer, referente latinoamericano en estudios de masculinidad y salud, documenta que los varones de la región mueren -en promedio- 5,8 años antes que las mujeres, y que esa brecha se concentra de manera desproporcionada en causas asociadas al ejercicio de la masculinidad hegemónica. Entre 2011 y 2015, los hombres concentraron entre el 67% y el 88% de las muertes por homicidios, accidentes viales, cirrosis hepática, suicidios, VIH-sida, consumo de drogas y de alcohol, ahogamientos y exposición a fuerzas mecánicas. Esta evidencia cuantitativa, producida específicamente para la región de las Américas y no

derivada de contextos culturales ajenos, permite equilibrar, en un punto que este ensayo reconoce como una limitación de versiones anteriores del argumento: la asimetría entre el tratamiento empírico riguroso que suele reservarse a la crítica del modelo informacional y el procedimiento predominantemente conceptual del vínculo entre masculinidad y salud.

Esta tendencia regional se replica, con matices, en las estadísticas oficiales argentinas. Según el Boletín de Mortalidad por Lesiones correspondiente al período 1997-2023, publicado por el Área de Vigilancia Epidemiológica de la Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles del Ministerio de Salud de la Nación, en 2023 el 79,8% de las muertes por causas intencionales, es decir, suicidios y homicidios, correspondió a varones y el 20,2% a mujeres (Ministerio de Salud de la Nación, 2025). Según el Boletín de Mortalidad por Lesiones correspondiente al período 1997-2022, del mismo organismo, en 2022 la tasa de mortalidad por suicidio fue de 11,4 cada 100.000 varones frente a 2,9 cada 100.000 mujeres, una razón cercana a cuatro a uno, mientras que la tasa de homicidios superó a la femenina en todos los grupos de edad a partir de los 15 años (Ministerio de Salud de la Nación, 2024). A nivel de la mortalidad general, si bien varones y mujeres representaron proporciones similares del total de defunciones en 2022 (50,2% y 49,8%, respectivamente), la tasa de mortalidad ajustada por edad, que corrige la distorsión producida por la mayor longevidad femenina, fue de 8,3 cada 1.000 varones frente a 5,4 cada 1.000 mujeres, y esa sobremortalidad masculina se concentra específicamente entre los 15 y los 35 años, con un pico en el grupo de 20 a 24 años atribuible a causas externas, para acentuarse nuevamente a partir de los 50 (Ministerio de Salud de la Nación, 2024). Esta distribución etaria coincide con la descripta para el conjunto de la región por la OPS (2019) y confirma, con datos producidos en el propio contexto de publicación de este ensayo, que la sobremortalidad masculina no es un patrón ajeno importado de otros países, sino una característica estructural de la mortalidad argentina documentada por sus propios organismos de estadísticas vitales.

Es importante, no obstante, precisar el estatuto conceptual de la masculinidad hegemónica para no incurrir en un tratamiento homogéneo de los varones como grupo. En su revisión del propio concepto, Connell y Messerschmidt (2005) advierten que la masculinidad hegemónica no debe entenderse como un tipo fijo de carácter individual, sino como una posición cultural dominante en relación con la cual coexisten masculinidades subalternas, cómplices y marginadas, atravesadas por clase social, raza, generación y orientación sexual. Núñez Noriega (2017) propone hablar de estudios de género de los hombres antes que de masculinidades, para no dar por sentado que todo estudio sobre varones conlleva necesariamente una mirada crítica de género heredada del feminismo. Ignorar esta pluralidad conduciría a esencializar nuevamente aquello que se pretende

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

deconstruir. Por ejemplo, el tratar "a los varones" como un bloque uniformemente resistente al cuidado, cuando la evidencia disponible, incluida la propia desagregación por etnia, clase y orientación sexual del informe de la OPS (2019), muestra variaciones significativas según el contexto social de cada sujeto. Es menester evitar que el término 'masculinidades' funcione como una etiqueta de moda o un vacío de contenido político; por el contrario, debe utilizarse como una herramienta crítica para desarmar las jerarquías de poder que el patriarcado impone incluso sobre la salud de los propios varones.

Desde esta perspectiva matizada, las prácticas de cuidado dejan de ser decisiones exclusivamente individuales para comprenderse como procesos atravesados por normas culturales plurales y disputas simbólicas situadas, sin que ello implique suponer un mandato de masculinidad único ni una relación mecánica entre género y evitación del cuidado.

5. Tensiones, límites y perspectivas

El desplazamiento desde el modelo informacional hacia una perspectiva de producción social de sentidos no debe leerse como el reemplazo de un paradigma por otro, sino como el reconocimiento de que ambos coexisten y se activan de manera diferencial según la situación comunicacional. La pandemia de COVID-19 ofrece el caso testigo más nítido de esta coexistencia. En el momento agudo de la emergencia sanitaria, la comunicación pública de la salud requirió mensajes verticales, urgentes y unívocos, como los protocolos de aislamiento, los síntomas de alarma y los esquemas de vacunación, cuya eficacia dependía justamente de su claridad informativa y de su capacidad de llegar sin ambigüedad a la mayor cantidad de personas posible. Sostener, en ese contexto, que la comunicación de salud debía renunciar al modelo informacional en favor de un enfoque exclusivamente dialógico habría sido, sencillamente, inviable. Al mismo tiempo, la propia gestión comunicacional de la pandemia mostró los límites de un enfoque puramente informacional, ya que la circulación de desinformación, las resistencias a las medidas sanitarias y las apropiaciones diferenciales de los mensajes según contextos culturales y de género, incluidas las resistencias masculinas a determinadas medidas de cuidado colectivo, solo pueden comprenderse recurriendo a la dimensión de mediaciones y producción de sentido desarrollada con anterioridad.

Esta coexistencia, antes que una tensión a resolver, puede pensarse como el funcionamiento habitual de la comunicación pública de la salud. Massoni y Bussi (2024), desde la teoría de la Comunicación Estratégica Enactiva, sostienen que buena parte de las conceptualizaciones dominantes de la comunicación quedan atrapadas en oposiciones binarias, contenido o efectos, macro o micro, instrumental o analítico, que la propia dinámica de la comunicación excede. Concebir la estrategia comunicacional como un proceso fluido

de encuentro en la diversidad implica, para estos autores, que dicho proceso no excluye la instrumentalidad del mensaje informativo, sino que la contiene sin agotarse en ella, desplegándose además hacia la producción situada de sentidos entre los actores involucrados. Trasladado al campo de la salud, esto significa que preguntar si la comunicación pública de la salud debe ser informacional o dialógica es, en cierto modo, una pregunta mal planteada. La pregunta pertinente es qué dimensión se activa, y en qué proporción, según la situación comunicacional concreta, sin que la activación de una suponga necesariamente la cancelación de la otra.

Esto no diluye, sin embargo, el valor específico de cada dimensión, ni el hecho de que su articulación efectiva presenta dificultades. En primer lugar, conviene no perder de vista la evidencia meta-analítica sobre campañas mediáticas de salud (Noar, 2006), que indica que el componente informacional produce efectos reales, aunque modestos, sobre conocimiento y conducta, y que sería un error asumir que toda situación comunicacional en salud admite o requiere el mismo grado de mediación dialógica que exige, por ejemplo, un proceso de acompañamiento comunitario en salud masculina.

En segundo lugar, el enfoque de las mediaciones y la comunicación dialógica enfrenta un problema de operacionalización, ya que mientras una campaña informativa puede diseñarse, implementarse y evaluarse a escala poblacional, no resulta evidente cómo una política pública puede producir "condiciones de diálogo" de manera sistemática y escalable con recursos estatales limitados. La sección siguiente de este ensayo retoma esta tensión mostrando experiencias regionales concretas que, sin resolverla del todo, ofrecen precedentes replicables. Cabe advertir, sin embargo, que estas experiencias se concentran en México, Perú y Brasil, por lo que su extensión a otros contextos de la región, en particular al Cono Sur, no puede darse por sentada y constituye más bien una pregunta abierta para futuros desarrollos de investigación.

En tercer lugar, como se anticipó en el apartado anterior, la noción de masculinidad hegemónica corre el riesgo de esencializar a los varones si se la utiliza sin las precisiones introducidas por Connell y Messerschmidt (2005). A esta objeción puede sumarse una crítica metodológica más específica formulada por Menéndez (2022) al referir que buena parte de los estudios sobre masculinidad, incluidos aquellos que abordan las violencias de género, tienden a analizar a un único actor, el varón, sin estudiar efectivamente la relación social en la que dicho actor está inscripto, es decir, sin trabajar también con la pareja, el grupo familiar o el propio sistema de salud. Menéndez denomina *arelacionales* a estas aproximaciones, en la medida en que nombran las relaciones sociales pero no las incorporan efectivamente al análisis. Un enfoque relacional efectivo debe reconocer que el varón no construye su salud en soledad, sino que sus sentidos sobre el cuidado están negociados constantemente con

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

expectativas de su entorno que actúan como co-productores de esos significados. En tanto, de Keijzer (2023) llega a un diagnóstico convergente desde la antropología. Observa que la inmensa mayoría de las indagaciones sobre masculinidades se concentran en el análisis de y con los hombres, sin contrastar ni complementar esa mirada con la de las mujeres u otros actores involucrados en los mismos procesos. Frente a esta tendencia dominante, el propio autor identifica un conjunto acotado de investigaciones que sí construyen ese enfoque relacional. Estudios que indagan simultáneamente con varones y mujeres sobre socialización de género, sexualidad, reproducción o violencia, como los realizados en comunidades rurales mexicanas por Rodríguez y de Keijzer (2002) a lo largo de tres generaciones, o el trabajo de Ortega (2010) con mujeres, varones y personal de salud oficial y tradicional entre comunidades mayas de Yucatán. Estos antecedentes permiten precisar qué implica, en términos metodológicos concretos, estudiar de forma relacional y no arelacional. No basta con nombrar a la pareja, la familia o el sistema de salud como contexto del varón, sino que es necesario incorporarlos efectivamente como sujetos de indagación. Este señalamiento es especialmente pertinente para el presente ensayo, que ha discutido las masculinidades y el cuidado predominantemente desde el punto de vista del varón, y sugiere la necesidad de complementar este abordaje con un enfoque relacional que incluya a los otros actores, parejas, amigos, grupos familiares, equipos de salud, involucrados en la producción social del cuidado.

Un ejemplo permite mostrar cómo esta articulación entre lo simbólico-cultural y lo material-relacional puede operar en la práctica, y no solo enunciarse como programa teórico. El proyecto “Reprosalud”, impulsado por el Movimiento Manuela Ramos en regiones de mayor pobreza del Perú y orientado a reducir la violencia y el riesgo sexual y reproductivo, no surgió de un diagnóstico académico sobre masculinidades, sino de una demanda explícita de las propias mujeres participantes, que solicitaron trabajar también con sus parejas y con los varones jóvenes de sus familias (de Keijzer, 2023; Movimiento Manuela Ramos, 2003). El proyecto combinó así una dimensión estructural, el de la intervención en regiones estructuralmente empobrecidas, con las barreras materiales de acceso que ello supone. Con una dimensión relacional basada en la incorporación de mujeres y varones como interlocutores conjuntos; y, con una dimensión simbólico-cultural con la formación de facilitadores que trabajan la revisión crítica de los mandatos de masculinidad. Ninguna de las tres dimensiones sustituyó a las otras, fue precisamente su articulación la que permitió que la intervención impactara tanto en las condiciones materiales de vida como en los sentidos culturales asociados al cuidado.

La perspectiva interseccional constituye, en este sentido, un marco complementario adicional. Permite reconocer que la relación entre masculinidad y el evitar cuidar (se) varía

sustancialmente según la clase social, la etnia, la orientación sexual y la generación de los sujetos. El propio informe de la OPS (2019) documenta esta variación de forma empírica. Los hombres pertenecientes a poblaciones indígenas, afrodescendientes o a la comunidad LGBTTI enfrentan una estigmatización adicional por parte de los sistemas de salud, cuyos equipos carecen frecuentemente de capacitación específica para atenderlos, lo que se traduce, en el caso de los hombres homosexuales, en una mayor exposición a la homofobia institucionalizada y al VIH (de Keijzer, 2023). Esta evidencia evita que la perspectiva interseccional quede en el plano declarativo y reproduzca, sin quererlo, el mismo gesto totalizador que se busca cuestionar.

Finalmente, la perspectiva de los determinantes sociales de la salud (Marmot, 2005), en diálogo con el análisis del Modelo Médico Hegemónico desarrollado por Menéndez (1988), advierte que buena parte de las barreras atribuidas a mandatos culturales de masculinidad, (como la demora en la consulta médica), también puede explicarse por condiciones materiales de acceso, entre ellas la cobertura de salud, la disponibilidad de tiempo frente a exigencias laborales y la distancia geográfica a los centros sanitarios. Reconocer esta dimensión estructural no invalida el análisis cultural desarrollado en los apartados anteriores, pero exige articularlo con las condiciones materiales y relacionales que también determinan las prácticas de cuidado, para evitar una explicación exclusivamente simbólica de fenómenos que tienen, además, un anclaje socioeconómico y relacional concreto.

6. Hacia una comunicación del cuidado

Las discusiones desarrolladas permiten sostener que la comunicación pública de la salud no puede comprenderse únicamente como un componente operativo de las políticas sanitarias, ni tampoco reducirse por completo a un espacio autónomo de producción cultural desligado de sus condiciones materiales de posibilidad. Como advierte Verón (1993), toda producción discursiva supone también condiciones de reconocimiento que habilitan múltiples formas de interpretación; los mensajes no circulan en un espacio vacío, sino que ingresan en universos culturales donde son apropiados, negociados o resistidos. En esta misma dirección, Martín-Barbero (1987) propone comprender la comunicación desde las mediaciones que articulan las relaciones entre cultura, instituciones y vida cotidiana.

Esta articulación entre lo simbólico y lo estructural, que en la sección anterior se ilustró con el caso de Reprosalud, cuenta con otros antecedentes regionales que permiten sacarla del terreno puramente declarativo. El Programa H, impulsado por el Instituto Promundo, el Instituto Papai y ECOS en Brasil junto con Salud y Género en México, retoma explícitamente la tradición freireriana de las imágenes generadoras en su serie de manuales para trabajar

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

con jóvenes varones en torno a la prevención de la violencia y la salud sexual y reproductiva, buscando que los propios participantes, y no un emisor externo, produzcan el sentido crítico sobre sus prácticas de cuidado (Instituto Promundo, Instituto Papai, ECOS y Salud y Género, 2002). En el plano de la política pública, la Agenda SUMA por la Igualdad, construida en México a lo largo de más de dos años por organizaciones de la sociedad civil, tradujo esta misma articulación en una política pública organizada en cuatro ejes, entre ellos el cambio cultural y la salud de los hombres (Carmona Hernández y Esquivel Ventura, 2018). Estos antecedentes muestran, en conjunto, que la pedagogía dialógica de Freire, se ha traducido efectivamente en dispositivos comunicacionales y en agendas de política pública concretas, y no permaneció como aspiración meramente programática.

Por último, los círculos de reflexión con hombres desarrollados en organizaciones como “Hombres Renunciando a su Violencia” (HRVida, Xalapa) y en el “Programa Integral de Trabajo con Hombres” de la UNAM ofrecen evidencia cualitativa directa de esta articulación desde la experiencia subjetiva de los propios participantes. En las sistematizaciones de estos espacios, los varones vinculan explícitamente el descuido de su salud con el exceso de trabajo y la precariedad laboral, una condición estructural, y, al mismo tiempo, con el mandato cultural de invulnerabilidad que los lleva a minimizar el dolor y postergar la consulta médica, una condición simbólica (de Keijzer, 2023). Ambas dimensiones aparecen, en el propio relato de los participantes, como inseparables. No es que la precariedad laboral “cause” el descuido y el mandato de invulnerabilidad lo “explique”, sino que ambas operan conjuntamente y se refuerzan mutuamente.

Desde este enfoque, incorporar la perspectiva de las masculinidades no significa diseñar mensajes dirigidos exclusivamente a los varones, sino comprender cómo los mandatos de género, plurales y situados, según se argumentó, intervienen en la producción de sentidos sobre el cuidado, sin desatender las condiciones estructurales y relacionales que también habilitan o restringen las posibilidades de cuidarse. Los antecedentes reseñados en esta sección muestran que esta articulación no es solo un horizonte teórico pendiente de realización, sino una práctica con precedentes documentados en la región, cuyo principal desafío no es demostrar su viabilidad sino sistematizarla.

7. Conclusiones

Las transformaciones experimentadas por el campo de la salud durante las últimas décadas han puesto de manifiesto que la prevención no puede comprenderse únicamente desde una perspectiva biomédica ni sostenerse exclusivamente en la difusión de información científica. A lo largo de este ensayo se sostuvo que la comunicación pública de la salud

constituye un espacio de producción social de sentidos donde se construyen representaciones sobre el cuidado, el cuerpo, la prevención y las responsabilidades vinculadas a la salud.

Esta mirada permite comprender que las prácticas preventivas no dependen exclusivamente de decisiones individuales, sino que se encuentran mediadas por experiencias, trayectorias, relaciones de poder y configuraciones culturales plurales que intervienen en la apropiación de los discursos públicos. Sin embargo, este ensayo también sometió su propio argumento a revisión crítica. Reconoció el valor empírico parcial del modelo informacional, advirtió sobre el riesgo de esencializar a los varones bajo la categoría de masculinidad hegemónica, señaló, siguiendo a Menéndez (2022) y a de Keijzer (2023), el riesgo de analizar a las masculinidades como actor aislado sin estudiar sus relaciones efectivas, y reconoció que las condiciones materiales de acceso a la salud, descriptas por el Modelo Médico Hegemónico (Menéndez, 1988) y por los determinantes sociales de la salud, constituyen una dimensión estructural que no puede subsumirse en el análisis simbólico-cultural.

El aporte específico de este ensayo, más allá de sintetizar estas tradiciones ya existentes, consistió en mostrar, con anclaje en evidencia empírica regional y en experiencias documentadas de comunicación dialógica en salud masculina, que la articulación entre lo simbólico-cultural y lo material-relacional no es solo un programa teórico pendiente de realización, sino sistematizaciones concretas. Se trata de una práctica con precedentes específicos en América Latina, que va desde el diseño de políticas públicas, como la Agenda SUMA, hasta la intervención comunitaria y los materiales de educación popular en salud, como Reprosalud y el Programa H.

El desafío para la comunicación pública de la salud no radica en elegir entre la eficacia de un mensaje informativo y la profundidad del diálogo, sino en asumir la coexistencia necesaria de ambos enfoques. Así como una campaña sobre cáncer de próstata requiere de la claridad informativa inicial para advertir sobre el riesgo, necesita indefectiblemente de espacios de escucha y de indagación de prácticas para comprender cómo interpelar verdaderamente a los varones. Articular esa dimensión informativa con las condiciones materiales, relacionales e interseccionales que atraviesan a los sujetos demuestra que cuidar la salud de los varones no es una cuestión de dar mejores órdenes, sino de transformar los sentidos y las tramas de la vida cotidiana. En última instancia, el desafío no es que los varones 'se informen mejor', sino que las políticas de comunicación contribuyan a desvincular la identidad masculina del riesgo, promoviendo un cuidado que no sea visto como una debilidad, sino como un derecho y una responsabilidad compartida.

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

Referencias bibliográficas

Beltrán, L. R. (2006). La comunicación para el desarrollo en Latinoamérica: un recuento de medio siglo. *Anagramas: rumbos y sentidos de la comunicación, 4*(8), 53-76. https://revistas.udem.edu.co/index.php/anagramas/article/view/1117

Bonino, L. (2002). Masculinidad hegemónica e identidad masculina. *Dossiers Feministes,* (6), 7-35. https://raco.cat/index.php/DossiersFeministes/article/view/102434

Briggs, C. L. y Hallin, D. C. (2016). *Making health public: How news coverage is remaking media, medicine, and contemporary life*. Routledge.

Connell, R. W. (1995). *Masculinities*. University of California Press.

Connell, R. W. y Messerschmidt, J. W. (2005). Hegemonic masculinity: Rethinking the concept. *Gender & Society, 19*(6), 829-859. https://doi.org/10.1177/0891243205278639

Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: A theory of gender and health. *Social Science & Medicine, 50*(10), 1385-1401. https://doi.org/10.1016/s0277-9536(99)00390-1

de Keijzer Fokker, B. (2023). Género, masculinidades y salud: un diálogo con la antropología*. Revista Nuevas Tendencias en Antropología*, (14), 25-51. https://www.revistaantropologia.es/Textos/N14/Genero,%20masculinidades%20y%20salud.pdf

Freire, P. (1970). *Pedagogía del oprimido*. Siglo XXI.

Hall, S. (1997). *Representation: Cultural representations and signifying practices*. Sage.

Kaplún, M. (1985). *El comunicador popular.* Humanitas.

Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet, 365*(9464), 1099-1104. https://discovery.ucl.ac.uk/676/1/Microsoft_Word_-_MM_Lancet_365_1099_UCL_eprints.pdf

Martín-Barbero, J. (1987). *De los medios a las mediaciones: comunicación, cultura y hegemonía.* Gustavo Gili.

Massoni, S. (2011). *Comunicación estratégica: comunicación para la innovación*. Homo Sapiens.

Massoni, S. y Bussi, M. (2024). *¡Boga, boga! Comunicación como un mover* (Tomo I). Enactiva Comunicación Ediciones.

Menéndez, E. L. (1988). Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria [Ponencia]. *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, Buenos Aires. https://www.studocu.com/es-ar/document/universidad-nacional-de-avellaneda/fundamentos-del-cuidado/modelo-medico-hegemonico-y-atencion-primaria-menendez-el1988-mexico/5025723?sid=c8435b55-f6e1-40da-9951-88cfdcd54cee1787666988

Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva, 8*(1), 185-207. https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014

Menéndez, E. L. (2022). Relaciones sociales y procesos de salud/enfermedad: las razones y los hechos. *Cuadernos de Antropología Social, 55*, 11-27. https://doi.org/10.34096/cas.i55.11359

Noar, S. M. (2006). A 10-year retrospective of research in health mass media campaigns: Where do we go from here? *Journal of Health Communication, 11*(1), 21-42. https://doi.org/10.1080/10810730500461059

Núñez Noriega, G. (2017). *Abriendo brecha: 25 años de estudios de género de los hombres y las masculinidades en México (1990-2014)*. Centro de Investigación en Alimentación y Desarrollo A. C.

Petracci, M. y Waisbord, S. (Eds.). (2011). *Comunicación y salud en la Argentina*. La Crujía.

Rodríguez, G. y de Keijzer, B. (2002). *La noche se hizo para los hombres: sexualidad en los procesos de cortejo entre jóvenes campesinas y campesinos*. Population Council y Edamex.

Scott, J. W. (2011). *Género e historia*. Fondo de Cultura Económica.

Shannon, C. E. y Weaver, W. (1949). *The mathematical theory of communication*. University of Illinois Press.

Verón, E. (1993). *La semiosis social: fragmentos de una teoría de la discursividad*. Gedisa.

Otros documentos consultados

Carmona Hernández, S. P., y Esquivel Ventura, I. M. (2018). *Suma por la Igualdad. Propuestas de agenda pública para implicar a los hombres en la igualdad de género* (M. A. Vargas Urías, coord.). GENDES, CEPPEG, Cómplices por la Equidad. https://www.gendes.org.mx/publicaciones.html

Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

Instituto Promundo, Instituto Papai, ECOS, y Salud y Género. (2002). *Proyecto H: Serie trabajando con hombres jóvenes*. Health and Education Resource Centre. https://healtheducationresources.unesco.org/node/17148

Ministerio de Salud de la Nación. (2024, agosto*). Boletín de mortalidad por lesiones: Período 1997-2022*. Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles; Área de Vigilancia Epidemiológica. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/boletin_lesiones_2.pdf

Ministerio de Salud de la Nación. (2025, octubre). *Boletín de mortalidad por lesiones: Período 1997-2023*. Dirección Nacional de Abordaje Integral de Enfermedades No Transmisibles; Área de Vigilancia Epidemiológica. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/boletin_l3_22122025.pdf

Movimiento Manuela Ramos. (2003). *Abriendo nuestros ojos: una experiencia de trabajo con hombres en temas de género y salud sexual y reproductiva*. Lima, Perú. https://elsalvador.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/hombres_genero_y_sr.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS). (1986). Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. *Carta de Ottawa para la promoción de la salud. https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference*

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2019). *Masculinidades y salud en la Región de las Américas*. Washington, Estados Unidos. https://iris.paho.org/items/dcf77f38-11a3-4726-a6bd-25a2637b7696

Ortega Canto, J. E. (2010*). Género, generaciones y transacciones: reproducción y sexualidad en mayas de Yucatán*. Universidad Autónoma de Yucatán.