COMUNICACIÓN SOCIAL Y SALUD

UNA INTRODUCCIÓN

Coordinación:
Ubaldo Cuesta
Aitor Ugarte
Tania Menéndez

Indice

Palabras iniciales
Juan Benavides Delgado 5

Introducción 7

PONENCIAS 9

- Publicidad, productos y servicios con pretendida finalidad sanitaria
  Ana Palencia 11
- La publicidad de tabaco y alcohol
  Jacobo Olalla Marañón 19
- ¿Seísmos de ida y vuelta?
  Rafael J. Alvarez 25
- La publicidad de productos y servicios pretendidamente sanitarios
  Elisa Borrego 33
- Publicidad de alimentos con pretendida finalidad sanitaria
  José Ignacio Arranz Recio 39
- La Publicidad de Tabaco y Alcohol está ahora de rabiosa actualidad
  Erick Bilinski 43
- Información en situaciones de crisis sanitaria
  Javier Ayuso 47
- ¿Qué es una crisis?
  Oriol Güell 55
- Publicidad de drogas legales y su impacto en el consumo: el caso del tabaco
  Teresa Salvador 63

• Medicamentos, productos milagro y alimentos, ¿las mismas reglas para todos?
Rafael García Gutiérrez 89

• Dar la cara genera confianza
Maribel Reyes 93

• Factores que desencadenan las crisis. Tipos de crisis. Una vision desde la Administración de Salud Pública
Francisco de Asís Babín Vich 99

• Discusión y casos prácticos de productos pretendidamente sanitarios analizados por el Jurado de Autocontrol de la Publicidad
Mª del Rosario Fernando Magarzo 107

• La publicidad de alcohol como inductor de consumo
José A. García del Castillo R., Carmen López Sánchez, Mª Carmen Quiles Soler 113

• Psicología social de la salud: aproximación teórica a modelos de prevención y promoción de la salud
Tania Menéndez Hevia 121

Epílogo
Federico Plaza 137

Palabras iniciales

Resulta un verdadero placer presentar el libro *Comunicación social y salud: una introducción*, resultado del I Curso de Comunicación y Salud celebrado dentro del 8º Ciclo de Comunicación de la Universidad Complutense en el curso académico 2004-2005. A la altura de los objetivos conseguidos en los Ciclos Complutenses, siempre en el ámbito de la comunicación, faltaba el área de contenidos dirigida a los temas de la comunicación de la salud; gracias al empeño y el buen hacer de los responsables de Madrid Salud (Ayuntamiento de Madrid), la Fundación Abott y el Departamento de Comunicación Audiovisual y Publicidad II (Facultad de Ciencias de la Información. UCM) se ha conseguido integrar este conjunto de preocupaciones en una línea de trabajo bien definida y con una clara proyección de futuro. El texto que el lector tiene en sus manos es el primer resultado de este proyecto, que persigue la definición de aquellos problemas que afectan a las formas de comunicar las cuestiones de la salud de los ciudadanos; aspectos, todos ellos, que preocupan a un amplio sector de profesionales, políticos, investigadores y, en definitiva, a todo el variado conjunto de los colectivos sociales. Con estas breves palabras quiero agradecer a todos los que han participado en el desarrollo de esta idea y animarles a continuar con el convencimiento de que estamos proporcionando a muchos sectores profesionales y especialmente a los ciudadanos una información útil y necesaria.

Juan Benavides Delgado
Director del Ciclo de Comunicación
Coordinador Académico de los Ciclos Complutenses

Introducción

Una extendida y mal entendida definición de la salud desde un punto de vista "biologicista" diría que la salud es la ausencia de enfermedad, es decir, el estado "normal" de la persona. Lo normal es estar sano, tener buena salud. Ofrecer síntomas físicos de enfermedad –contrastados por un médico– equivaldría a declarar a una persona oficialmente enferma y, por tanto, a hacerla eventualmente objeto de un estudio pormenorizado por parte de las instituciones sanitarias especializadas. A hacerla "paciente".

Por el contrario, la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que la salud es el bienestar físico, psicológico y social de la persona. Esta segunda definición nos sitúa ante un concepto integrador de la salud, entendida como una variable continua, gradual y flexible (mayor o menor salud) en vez de una variable discreta (sano o enfermo). Fijémonos en que la percepción del propio concepto salud, en este paradigma, es una construcción social o, mejor dicho, está socialmente construida.

Un modelo médico "clásico" estaría en desacuerdo con esta visión alegando que las enfermedades se tienen o no se tienen: una persona tiene cáncer o no lo tiene pero no puede, al mismo tiempo, tenerlo y no tenerlo. En el mismo sentido, una mujer está embarazada o no, pero no puede estar medio embarazada. Y cierto es que la necesidad de un "by pass" no se construye socialmente, pero del mismo modo existen unas enfermedades que podemos llamar "sociales" como el tabaquismo, la obesidad, la ludopatía u otras.

Sin embargo, desde los modelos integradores de la salud, entendida como una variable continua, cuanto más nos alejamos del polo biológico y nos aproximamos al psico-social, más evidente resulta la importancia de la comunicación en el proceso, en varios aspectos:

1. En el desarrollo de ideas compartidas sobre el concepto de salud y enfermedad. El alcoholismo, el tabaquismo, la delgadez extrema, la obesidad constituyen solo algunos ejemplos de estándares de salud compartidos y divulgados por los medios de comunicación.

2. En la implantación de los programas de salud, dentro del modelo de Educación para la Salud (EpS), definido por la OMS en 1969 como la acción ejercida sobre los individuos para llevarles a modificar su conducta hacia hábitos sanos. No se trata, por tanto, de medicina preventiva, porque esto implicaría "prevenir" y por tanto aceptar que el sujeto está sano mientras no está enfermo; sino que se trata de "educar" para mantener la salud o, en su defecto, para mantenerla –dentro del continuo– lo más cercana posible al polo "sano".
3. Desde este punto de vista la salud se entiende como el estado en el cual los sujetos pueden desarrollar al máximo sus capacidades sin estar limitados por condiciones adversas (adicciones, hipertensión, ansiedad, síntomas físicos...). La importancia de los medios de comunicación es obvia en todo esto. Algunos autores han comenzado a llamar a esta actividad marketing social encaminado a promocionar la salud pública. La comunicación social ocuparía un lugar preeminente en este asunto, claro está.

Los procesos comunicativos adquieren una especial relevancia en una sociedad donde la lógica dominante apela al consenso establecido mediante el diálogo (la ética discursiva de Habermas, la ética por el discurso negociador, la nueva teoría estratégica a la que apela Rafael Alberto Pérez). Así, el esquema bio-psico-social se muestra como el adecuado para unir valores éticos y lógica comunicativa; la preocupación por el bien de los ciudadanos, sobre todo los más débiles o desfavorecidos (los enfermos, en este caso), se asocia a la comunicación social y a la salud.

Antes de terminar conviene recordar la responsabilidad de las instituciones públicas y privadas de vigilar que la comunicación social, léase en su forma publicidad, cine u otras, no introduzca ideas sanitarias confusas o interesadas como, por ejemplo, ocurre actualmente con los productos pretendidamente sanitarios o las dietas milagro.

Por todo lo cual, y como no podía ser de otra manera, Madrid Salud (Ayuntamiento de Madrid), la Universidad Complutense y la Fundación Abbott, asumen como uno de los principales objetivos de este "I Curso de Comunicación y Salud" subrayar la conexión de este concepto bio-psico-social de salud con la comunicación social. Bienvenidos a este libro de ponencias.

Ubaldo Cuesta Cambra
Director del Departamento de Comunicación Audiovisual y Publicidad II.
Facultad de Ciencias de la Información. UCM.
Co-director del Curso

Aitor Ugarte Iturrizaga
Adjunto al Gerente de Madrid Salud.
Ayuntamiento de Madrid.
Co-director del Curso

PONENCIAS

Publicidad, productos y servicios con pretendida finalidad sanitaria

Ana Palencia

Directora Técnica de Unilever España S.A.

Las tendencias mundiales en alimentación indican un interés creciente, en las sociedades desarrolladas, por aquellos alimentos que les ofrezcan algo más, ¿y qué es?...hoy en día se busca en un alimento, el que además de nutrirnos, pueda ofrecernos un beneficio extra adicional para nuestra salud, y de este modo ayudar a mejorar nuestra calidad de vida. No cabe duda de que empezamos a ser conscientes de que cada uno de nosotros decide el estilo de vida que desea seguir, y que de él depende nuestra esperanza de vida, pero también somos conscientes de que podemos cambiarlo en cualquier momento.

Dentro de este estilo de vida saludable, uno de los pilares principales que lo determina es una alimentación saludable, que sin lugar a dudas, va a ser clave para ayudarnos a envejecer con calidad de vida, hecho plasmado en el aforismo de dar más años a la vida y más vida a los años.

Siendo conscientes de la relación directa existente entre alimentación y salud y al ser un tema de real interés por la sociedad, cada vez nos permitimos hablar más y más de todos los temas relacionados con la nutrición, la alimentación y la salud, como grandes conocedores de todos y cada uno de ellos, provocando, en un gran número de ocasiones, distorsiones sobre aquello que es saludable de lo que no. Este hecho también se ve favorecido por la publicidad realizada, en algunas ocasiones, por la industria alimentaria a la hora de comunicar los beneficios sobre la salud que ofrece un determinado alimento.

En los últimos años se ha observado que aquellos alimentos que ofrecen un beneficio adicional para la salud han experimentado un crecimiento en torno al 15%, el cual se espera que siga creciendo de manera exponencial y llegue hasta cifras del 30% en los próximo años. Por ello y con el interés de satisfacer la demanda de los consumidores la industria alimentaria ha llenado las estanterías de los supermercados con una gama de productos que alegan tener un beneficio específico para nuestra salud y bienestar. Los productos han evolucionado y no sólo en su estética exterior. Han aparecido nuevos productos, y en ocasiones con nuevos ingredientes alimentarios que, en muchas ocasiones, responden a las demandas surgidas ante el nuevo ritmo de vida que se impone en la sociedad.

Actualmente las despensas de nuestros hogares albergan gran cantidad de nuevos alimentos que hace pocos años ni siquiera conocíamos. Nos enfrentamos a una nueva era en la que se han gestado y han nacido nuevos alimentos, que en su gran mayoría, dicen aportar mayores beneficios para nuestra salud. Pero... ¿está todo permitido en el tipo de comunicación realizada? ¿existen límites en las alegaciones que utilizan? ¿disponen este grupo de alimentos de una evidencia científica suficiente conforme a su publicidad?.

Antes de alarmarnos por las cuestiones planteadas, debe quedar claro que existen procedimientos rigurosamente establecidos que toda compañía debería respetar. Tanto en el marco estatal como en el marco de la Unión Europea, se deben conocer y aplicar unas normativas legales que afectan a todas las compañías que integran la industria alimentaria, en materia de aprobación, comercialización y publicidad de un producto.

Por otra parte, existe además, tanto en el ámbito estatal como en el europeo, una creciente preocupación por garantizar la seguridad alimentaria de los productos y establecer organismos que doten de mayor control a todo el proceso en la cadena alimentaria, con el fin de proporcionar mayor seguridad y mayores garantías a los consumidores.

También quisiera destacar la puesta en marcha de la estrategia española NAOS (Nutrición, Actividad Física y Prevención de la Obesidad) desde el pasado mes de febrero del 2005, plan enmarcado dentro del llamamiento de la OMS (Organización Mundial de la Salud) para combatir la obesidad, por su asociación con las principales enfermedades crónicas de nuestro tiempo, como las enfermedades cardiovasculares, *diabetes mellitus* tipo 2, hipertensión arterial y ciertos tipos de cáncer. Esta lucha contra la obesidad acarreará algunos cambios en la industria agroalimentaria, como cambios en los ingredientes utilizados y etiquetados, siendo uno de los principales compromisos la creación del código PAOS, un código de autorregulación de la publicidad, en el cual se regula la publicidad y el marketing de alimentos y bebidas destinados a menores, el modo de presentación de los productos y la promoción, así como la información y educación nutricional que pueden hacerse. Este código está en línea con los Principios de la Publicidad de

Alimentos y Bebidas ("*Principles of food and beverage prodcut advertising*") de la Confederación de Industrias Agro-Alimentarias de la UE (CIIA) aprobados en febrero de 2004.

Si nos centramos, a nivel nacional, en la normativa legal que debe cumplir un producto alimenticio que se quiera comercializar, en cuanto al tipo de información que debe aparecer en su etiquetado, veríamos que la normativa que el fabricante debe seguir es el Real Decreto 1334/1999 de 31 de julio por el que se aprueba la Norma General de Etiquetado, Presentación y Publicidad de los productos alimentarios, modificada el pasado 26 de noviembre por el Real Decreto 2220/2004 y el Real Decreto 1907/1996 de 2 de Agosto, sobre publicidad y promoción comercial de productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria, que hace referencia a la prohibición y limitación del uso de determinadas alegaciones de salud.

Destacar que las alegaciones de determinadas propiedades saludables en el etiquetado, de determinados productos alimenticios, no está permitida por lo que se desprende de la normativa actualmente en vigor; exceptuando aquellas específicamente definidas en la legislación para determinados grupos de alimentos, como los dietéticos o establecidos en base a decisiones concretas, como es el caso de los nuevos alimentos.

Citar el Real Decreto 1275/2003 de 10 de octubre que hace referencia a la comercialización de "complementos alimenticios", los cuales, están dirigidos a determinados grupos de población para que puedan alcanzar una dieta adecuada y equilibrada para que su organismo esté sano. Estos productos son las vitaminas, minerales, etc...Este Real Decreto prohibe en el etiquetado cualquier referencia a la prevención, tratamiento o cura de una enfermedad humana. Por lo tanto, no se podría decir, por ejemplo, que la vitamina C previene el resfriado, etc...por lo que este Decreto puede bloquear el desarrollo de alimentos con un claro beneficio para la salud en Europa.

Por otra parte, se conoce como "actividades o productos milagro", de acuerdo al Real Decreto 1907/1996, a aquellos aparatos, materias, sustancias, "fórmulas", energías o métodos que se presentan al público con pretendida finalidad sanitaria, sin sujetarse a requisitos o exigencias técnico-sanitarias, con informaciones confusas, deficientes o faltas sobre su composición o efectos y, en ocasiones, con fraude o abuso económico de los consumidores, y que a través de los medios de comunicación, principalmente las emisoras de radio, se realiza la publicidad y promoción comercial, utilizando diversas clases de artilugios, métodos o medios, ni conocidos ni autorizados por las autoridades sanitarias y que se respaldan ocasionalmente por quienes dicen ser profesionales sanitarios o usuarios supuestamente agradecidos, o que se anuncian como de venta a través de las oficinas de farmacia.

Visto lo anterior, la pregunta clave que conviene dilucidar es la sujeción o no de la gama Flora pro.activ a los Reales Decretos 1334/1999 y 1907/1996.

Los productos Flora pro.activ, son una gama de nuevos alimentos con esteroles vegetales o fitosteroles, cuyo consumo diario puede ayudar a reducir los niveles de colesterol LDL sobre un 10-15% en 3 semanas en el marco de una dieta variada y equilibrada que incluya frutas y verduras.

Toda la gama Flora pro.activ ha sido sometida al Reglamento (CE) número 258/97 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de Enero de 1997, sobre Nuevos Alimentos y Nuevos Ingredientes Alimentarios. La citada gama ha sido expresamente autorizada por la Comisión Europea, en la Decisión CE 2000/500, de fecha 24 de julio de 2000, en el caso de la margarina; y la Decisión CE 2004/1245 de fecha 31 de marzo de 2004 para los productos lácteos. En estas Decisiones se notificó a Unilever la autorización para poder comercializar los citados productos.

En virtud a las citadas Decisiones a la gama Flora pro.activ no le sería aplicable el Real Decreto 1907/1996.

Por otra parte este tipo de producto tienen que ser etiquetados de conformidad con lo establecido en el Reglamento de la Comisión Europea número 608/2004, de 31 de marzo de 2004, relativo al etiquetado de productos que contengan fitosteroles, ésteres de fitosteroles, fitostanoles o ésteres de fitostanol. Es por ello que la aplicación del Real Decreto 1334/1999 tan sólo le es de forma parcial y en tanto en cuanto no se oponga a lo dispuesto en el Reglamento de Nuevos Alimentos e Ingredientes Alimentarios.

Como hemos visto, los nuevos alimentos e ingredientes alimentarios se rigen por el Reglamento (CE) número 258/97 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de Enero de 1997, según el cual:

Todo alimento que quiera introducirse en el mercado en la Unión Europea –que no se encontrara a la venta con anterioridad al 15 de mayo de 1997 o no sea consumido en cantidades habituales– deberá iniciar el procedimiento de autorización de nuevo alimento".

Los objetivos que persigue este Reglamento son:

- Dar un marco legislativo, en el ámbito de la Unión Europea, que responda a la rápida evolución mundial de las disciplinas científicas emergentes y de los procesos tecnológicos de reciente aparición.
- Armonizar las distintas legislaciones de los estados miembros de la Unión Europea.
- Regular el procedimiento de implantación en el mercado de un nuevo alimento.

UN NUEVO ALIMENTO

La seguridad y la eficacia de cualquier alimento o ingrediente alimentario que no se consumiera de forma significativa antes del 15 de mayo de 1997, deben ser evaluadas obligatoriamente de acuerdo al Reglamento de Nuevos Alimentos e Ingredientes Alimentarios previamente mencionado. Esta legislación establece que para que un nuevo alimento o ingrediente alimentario pueda ser comercializado deberá cumplir tres criterios:

1) no debe suponer ningún riesgo para el consumidor,
2) no deber inducir a error al consumidor,
3) no debe diferir de otros alimentos o ingredientes alimentarios a los que vayan a sustituir, a fin de que su consumo normal no implique desventajas para el consumidor desde el punto de vista de la nutrición.

La margarina Flora pro.activ, con esteroles vegetales, se lanzó en el año 2001; tres años más tarde se lanzaron los lácteos Flora pro.activ con esteroles vegetales. El consumo de 2-3 porciones al día de esta gama de productos, exceptuando el yogur bebible (con el cual sólo es necesario la ingesta de uno al día) puede ayudar a reducir una media del 10-15% los niveles de colesterol LDL (comúnmente conocido como colesterol malo) en el plazo de 3 semanas, en el marco de una alimentación variada y equilibrada que incluya frutas y verduras.

La margarina Flora pro.activ constituye un ejemplo emblemático en la Unión Europea, al constituir el primer alimento funcional que reducen el colesterol comercializado en nuestro país tras haber sido aprobado por la UE, tras un proceso riguroso y sistemático que garantizó su seguridad y eficacia y que duró cerca de 3 años. En el caso de los lácteos Flora pro.activ (bebida láctea y yogures líquido o bebible y de cuchara - técnicamente denominados leches fermentadas) que fueron lanzados en el 2004, este proceso de evaluación y posterior aprobación tardó cerca de 2 años.

PROCESO DE APROBACIÓN DE UN NUEVO ALIMENTO

Veamos de manera breve cómo funciona el proceso de aprobación de un nuevo alimento. Éste se inicia mediante una solicitud, por parte de quien desea comercializar el nuevo producto, dirigida a un estado miembro de la UE, normalmente el estado miembro donde quiere comercializarse el producto por primera vez. Este país tendrá un período de 90 días para la elaboración de un informe que remitirá a la Comisión. Si acepta el nuevo alimento, la Comisión pasará copia del informe de este país inicial a la consideración del resto de los estados miembros que dispondrán de 60 días para emitir los comentarios pertinentes. Si lo considera oportuno, la

Comisión puede solicitar información más detallada sobre el producto a aprobar, o someterlo a otros organismos (Comité Toxicológico, Comité de Asuntos Médicos, Comité Consultivo sobre Liberación en el Medio Ambiente). En el caso de no lograr el consenso, el asunto se traslada al Comité Científico de Alimentación Humana (SCF), organismo superior en materia de seguridad alimentaria designado por la Comisión Europea. Con toda esta información será el Standing Committee, el organismo que apruebe o no el nuevo alimento. Así fue en el caso de Flora pro.activ.

En el SCF, formado por científicos independientes, se examinan los aspectos científicos y técnicos relativos a la salud y la seguridad alimentaria, y estudian, en particular, lo concerniente a la toxicidad e higiene de toda la cadena de producción. Si existe la más mínima duda sobre su seguridad se exigirían investigaciones adicionales que garanticen que el producto es seguro.

El SCF evalúo la margarina con esteroles vegetales o fitosteroles y para ello, tuvo en cuenta toda la información relevante acerca del producto que incluía los siguientes puntos:

- Especificaciones.
- Efecto del procesado.
- Usos, historia y características.
- Efectos de la modificación en el alimento y su estabilidad.
- Análisis nutricional; composición e impacto en la dieta.
- Evaluación toxicológica.
- Alergenicidad.
- Información microbiológica.
- Efecto en poblaciones humanas.
- Énfasis en los efectos intencionados y no intencionados. En caso que se utilice ingeniería genética, también los estudios adicionales.
- Seguimiento post-lanzamiento, para ayudar a controlar lo que la perspectiva histórica puede dar respuesta.

Uno de los puntos más conflictivos que afectan a los nuevos alimentos es la legislación acerca del etiquetado de los mismos. En el caso de la margarina Flora pro.activ; en el artículo 2, de la Decisión de la Comisión Europea del 24 de Julio del año 2000, se detallan unos requisitos específicos en materia de etiquetado, entre los que destacan:

a) El producto deberá recibir la denominación de “margarina” (o grasa vegetal para untar) con ésteres de esterol vegetal en su etiqueta.

b) El contenido de ésteres de esterol deberá figurar en la lista de ingredientes.

c) Indicar que el producto está destinado a las personas que desean rebajar sus niveles séricos de colesterol.

d) Indicar que los pacientes que toman medicamentos para rebajar los niveles de colesterol sólo deben consumir el producto bajo control médico.

e) Indicar de manera visible y legible que el producto puede no ser nutritivamente apropiado para ciertos grupos de población (mujeres embarazadas y en período de lactancia, y niños menores de cinco años).

f) Se indicará que el producto debe consumirse como parte de una dieta sana que incluya el consumo regular de frutas y vegetales (para ayudar a mantener los niveles de carotenoides).

Por otra parte, de acuerdo al artículo 3 de la Decisión mencionada, se solicitó que Unilever estableciera un programa de vigilancia (seguimiento post marketing) paralelo a la comercialización del producto de modo que los datos recopilados se pusieran a disposición de la Comisión y los Estados Miembros para que fuese evaluado en qué medida el producto estaba llegando a su grupo destinatario: las personas que intentaban controlar su elevado nivel sanguíneo de colesterol, y por otra parte, calcular la exposición de otros grupos de población a los esteroles vegetales procedentes de esta fuente. No se trata de un ensayo clínico, si no que simplemente es una forma de ver un estudio observacional ante la distribución y comercialización del producto.

La conclusión del programa de vigilancia elaborado por Unilever anualmente pone de manifiesto que el producto está siendo comprado realmente por la población a la que este Nuevo Alimento está dirigido.

Dado el conocimiento de los beneficios que puede ejercer en la población la disminución de los niveles séricos de colesterol, relacionado con la prevención de las enfermedades cardiovasculares, principal causa de mortalidad en la población española, está claro la tendencia a que proliferen estos nuevos productos con esteroles vegetales, como respuesta de la industria alimentaria frente a una demanda creciente por parte del consumidor. De hecho, el 31 de marzo del pasado año se autorizó la comercialización de nuevos productos con esteroles vegetales: productos lácteos y derivados, así como salsas para aderezo en monoporciones. Esta autorización tuvo en cuenta, además de la seguridad de cada uno de los citados productos, la disponibilidad en el mercado de todos ellos para evitar un sobreconsumo de esteroles vegetales, razón por la cual el SCF ha aportado recomendaciones sobre el uso de esteroles vegetales, teniendo en cuenta la posibilidad de existencia de múltiples fuentes de esteroles vegetales en alimentos. Destacar como una de las recomendaciones que *es prudente evitar ingestas de esteroles/estanoles que excedan un margen de 1-3 g/día*. Estas recomendaciones, junto a otras, han ayudado a adoptar el Reglamento (CE) nº 608/2004 de la Comisión Europea de 31 de marzo de 2004 relativo al etiquetado de alimentos e ingredientes alimentarios con

fitosteroles, ésteres de fitosterol, fitostanoles o ésteres de fitostanol añadidos. A nivel de etiquetado la mayoría de indicaciones coinciden con las destacadas en la Decisión de la Comisión para “grasas amarillas para untar con ésteres de fitosterol añadidos” mencionada anteriormente (Decisión CE de 20 julio 1997).

Año tras año va aumentando la población anciana. La esperanza de vida es cada vez más larga y la población desea, como se comentaba al principio de este capítulo, además de mayor longevidad, mayor calidad de vida. La recomendación general es la necesidad de seguir unos hábitos de vida saludables y es por este motivo que la población está buscando mejoras en la salud a través de la alimentación. Dado que los alimentos con un beneficio claro para la salud pueden contribuir a esta mejora, su espacio en el mercado es y será cada vez mayor.

Por tanto, el uso de alegaciones de propiedades saludables en los alimentos será cada vez más común, pero se deberían permitir, y la llegada del nuevo Reglamento sobre alegaciones nutricionales y propiedades saludables, previsto para finales del 2005, principios del 2006 ayudará a que así sea; siempre y cuando se especifique y se priorice sobre:

- Promover a la población la importancia del seguimiento de una alimentación variada, equilibrada y suficiente y un estilo de vida saludable, como la práctica regular de actividad física.
- La cantidad de alimento y el patrón de consumo requeridos para obtener el efecto alegado. Normalmente se debería conseguir el efecto buscado en las dosis normales de ingesta del alimento en cuestión.
- Una declaración dirigida al tipo de personas que podrían consumir el alimento y quienes deberían evitar el consumo del mismo.
- La advertencia de no superar las cantidades de producto que puedan representar un riesgo para la salud.

Finalmente destacar que en el sector de la publicidad existe un organismo independiente, la Asociación para la Autorregulación de la Comunidad Comercial (Autocontrol) que vela por el respeto a la ética y la seguridad hacia el consumidor y establece mecanismos de control para garantizar una publicidad honesta, responsable y legal. Multitud de empresas españolas forman parte de dicha entidad. Este factor, junto con el interés por mantener la buena imagen de la industria alimentaria, hace que sean las mismas empresas las que asumen el compromiso por la ética y el respeto por los consumidores en sus mensajes publicitarios.

La publicidad de tabaco y alcohol

Jacobo Olalla Marañón

Director General Cerveceros España

INTRODUCCIÓN

Antes de nada, me gustaría iniciar mi ponencia haciendo referencia al título de este seminario: “Publicidad de tabaco y alcohol”. Creo que es importante dejar claro desde el principio que si ya sería injusto tratar a todas las bebidas con contenido alcohólico por igual, aún sería más injusto pretender equiparar a las estas con el tabaco. Las diferencias son muy importantes y muy claras.

Tal y como reconocen la legislación nacional, y la mayoría de las autonómicas, e incluso a nivel europeo, existen diferencias entre las distintas bebidas en función de su graduación alcohólica, imponiendo, por ejemplo, restricciones legales a la comunicación comercial o cargas fiscales distintas ya sean éstas bebidas de alta o baja graduación. Pero además es necesario hacer esta diferenciación en tanto que las pautas de consumo son muy distintas entre unas y otras. Las bebidas fermentadas, es decir la cerveza, el vino, la sidra,..., provienen de la exclusiva fermentación natural de frutas o cereales que marcan su carácter agrario y un uso alimentario de las mismas. Sus pautas de consumo están ligados a la dieta y modo de vida mediterráneos, siendo muy distintos sus patrones de consumo.

El abuso o el consumo inadecuado de alcohol puede causar graves daños, nosotros así lo reconocemos rotundamente, pero también es cierto que el consumo res-

ponsable por parte de adultos sanos de bebidas alcohólicas, especialmente de las bebidas fermentadas, puede ser incluso beneficioso para el organismo. En el caso del tabaco, esto es radicalmente distinto, desde la primera calada existe un grave perjuicio para la salud del que fuma y de los que le rodean. Productos distintos, con realidades también distintas y riesgos muy diferentes, exigen tratamientos obviamente también diferenciados.

Creo que estas aclaraciones son fundamentales para abordar el tema que nos ocupa con rigor.

Sobre la cerveza, producto al que represento, me gustaría recordar que sus componentes son muchos y que el alcohol está presente en ella sólo en una mínima parte. Es importante recordar que es la bebida alcohólica de menor graduación de todas (entre 4 y 5º de media, frente a los 12 o 13 del vino, o los 40 o 50º de las bebidas destiladas). Se trata de una bebida fermentada, como decía antes, que cuenta incluso con una variedad sin alcohol.

La cerveza forma parte de las tradiciones y costumbres de nuestro país, de un rito tan arraigado en nuestra forma de ser y disfrutar de la vida como es salir a tomar una caña con los amigos, siendo parte del saludable hábito del aperitivo y estando cada vez más presente en nuestras mesas al maridar a la perfección con gran variedad de platos. La cerveza está muy arraigada en nuestra preciada dieta mediterránea, cuyo consumo moderado (siempre en adultos sanos, nunca en menores de edad) aporta importantes beneficios para nuestro organismo, según constatan múltiples estudios, e incluso aparece junto con el vino como una opción voluntaria dentro de la pirámide de la alimentación saludable editado por la SEDCA.

Insisto en que, sin embargo, todas estas virtudes desaparecen si se realiza un consumo inadecuado o abusivo. Evitar esta circunstancia es una tarea en la que el sector está absolutamente involucrado mediante la puesta en marcha de campañas educativas que tienen como objetivo promover el consumo responsable de esta bebida principalmente entre jóvenes y conductores.

En este sentido, la industria cervecera nacional, agrupada en Cerveceros de España, ha demostrado siempre su compromiso con la sociedad a través de su esfuerzo para garantizar una actividad publicitaria responsable. Muestra de ello es que ha sido pionera en el sector de la alimentación y bebidas en nuestro país con su Código de Autorregulación Publicitaria, firmado en 1995 y actualizado en 2003 con la Confederación de Consumidores y Usuarios (CECU) y la Asociación para la Autorregulación de la Comunicación Comercial (Autocontrol).

Aún con todo, deberíamos plantearnos cuál es la responsabilidad real de la publicidad en el consumo abusivo de un determinado producto, en este caso la cerveza. ¿Es la publicidad la *culpable* de todos los males?

LA PUBLICIDAD NO ES LA ÚNICA VARIABLE QUE INCIDE EN EL CONSUMO

Múltiples estudios ponen en duda la hipotética relación de causalidad entre la evolución del gasto en publicidad y las ventas de cerveza. Así, hoy está suficientemente demostrado que la adquisición y consumo de un producto dependen de una diversidad de situaciones y variables.

La publicidad no es más que una variable informativa que, como toda información, se selecciona, reelabora, almacena y recupera selectivamente por parte de los individuos que a su vez están sometidos a una extensa red de influencias y factores mediadores comunicativos y extra-comunicativos en tanto que se trata de individuos que viven en sociedad.

Desde el desconocimiento, lo fácil es apuntar a la comunicación comercial como cabeza de turco, al igual que de forma injusta se la acusa fácilmente de muchos de los males de la sociedad actual. Sin embargo, es un hecho que la mayoría del alcohol consumido en todo el mundo no se “publicita”. Así, en España por ejemplo uno de los productos más consumidos entre los jóvenes, el “calimocho”, no ha tenido publicidad jamás.

Es importante dejar claro que no se ha constatado un efecto directo de la publicidad en el aumento o la variación de las pautas de consumo de cerveza. En nuestro caso, el hecho es que la inversión publicitaria de las compañías cerveceras se ha duplicado en España entre 1992 y 2002 mientras que el consumo no ha corrido paralelo sino que se ha mantenido estable con variaciones de tan sólo +/- 5%.

Además, en un mercado maduro como el de la cerveza, la publicidad va dirigida a la captación de cuotas de mercado de cada marca. Como máximo, la publicidad ayuda, como un elemento más del proceso comercial o mercadotécnico, a que la elección de un consumidor se dirija hacia una marca en lugar de otra, pero la publicidad no propicia el incremento del consumo general. El objetivo de la publicidad es la notoriedad y diferenciación de marcas, pudiendo reforzar actitudes y conductas previas del receptor.

Sería interesante profundizar en la paradoja de que unas limitaciones a la publicidad comercial de nuestros productos, buscando una hipotética reducción del consumo inapropiado, traería consigo el efecto perverso de fomentar su consumo en función del precio. Si no podemos trasladar a nuestro consumidor la fortaleza de nuestras marcas, si no podemos informarles adecuadamente del valor añadido que les aporta, estos se decantarán por el factor precio, optando por escoger productos de menor calidad en los que la relación entre un mayor volumen a un menor precio, puede inducir a un incremento de su consumo global.

Es muy simplista compartir una relación de causa-efecto directa, ya trasnochada por los expertos en psicología del comportamiento, entre la publicidad y el consumo desordenado, que incluso el conjunto de la sociedad no comparte. Y me permito

señalar algunos datos inéditos muy interesantes a partir de una encuesta realizada por Quota-Sigma Dos:

- Según este estudio, la mayoría de los españoles, un 78%, considera necesario educar a los jóvenes en el consumo responsable y está de acuerdo con que son los problemas psico-sociales (44%) los responsables del abuso del alcohol entre los jóvenes.
- Respecto a medidas para prevenir el abuso de alcohol que realizan algunos jóvenes, la mayoría (un 94%) valora la educación preventiva en la familia y la formación en valores en la escuela (92%), como medidas útiles o muy útiles.
- Las medidas prohibitivas en general tienen la valoración negativa más alta por parte de la población. Un 35% considera que no son útiles en absoluto.

(Población española entre 18 y 65 años, Quota/Sigma Dos 2002/2003)

El sector cervecero considera que son las medidas educativas las que realmente garantizan una actividad publicitaria responsable y rechaza, por tanto, las normas genéricas e indiscriminadas que penalicen desproporcionadamente, en base a argumentos y políticas que han demostrado sobradamente su ineficacia para alcanzar los fines perseguidos, la comunicación comercial de cerveza, cuando la publicidad es una forma legítima de comunicación e información al consumidor, integrada en los derechos constitucionales a la libertad de empresa y a la libertad de expresión. Intentar combatir el abuso de alcohol con medidas genéricas de tipo prohibitivo contra el consumo, que la inmensa mayoría de la población realiza de forma moderada y ordenada, sería igual de desmedido que promover la abstinencia sexual para evitar el sida o prohibir el consumo de azúcar para evitar la diabetes.

El sector cervecero ha venido demostrando su madurez y responsabilidad en la Sociedad desarrollando campañas educativas que tiene como objetivo promover el consumo responsable de cerveza. Cabe citar la campaña “Un dedo de espuma, dos dedos de frente”, realizada con la Confederación de Consumidores y Usuarios y la Federación de Usuarios-Consumidores Independientes, en colaboración con el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, para educar a los jóvenes en un consumo responsable; la producción del vídeo “Alcohol y conducción” destinado a divulgar a los jóvenes conductores los peligros de asociar alcohol y conducción a través de 5.000 autoescuelas de toda España; los mensajes por un consumo responsable de sus asociados en sus comunicaciones comerciales; o la campaña “La Carretera te pide sin”, que se desarrolla desde hace cinco años en colaboración con la Dirección General de Tráfico para concienciar sobre la incompatibilidad de beber alcohol y conducir.

Por otra parte, hay que destacar especialmente los compromisos de autorregulación asumidos por el sector, cuya eficacia y rigor han sido acreditados suficientemente. De hecho, como ya he adelantado, hemos sido pioneros en el sector de la alimentación y bebidas en España con el Código de Autorregulación Publicitaria, adquiriendo nuevos compromisos que limitan y supervisan nuestra actividad publicitaria más allá de lo que la Ley marca.

CÓDIGO DE AUTORREGULACIÓN PUBLICITARIA DEL SECTOR CERVECERO ESPAÑOL

Nuestro sector ha apostado por la autorregulación, optando por las ventajas que ésta aporta tanto para la propia industria como para el Gobierno y, sobre todo, para los consumidores: una mayor efectividad, una mayor flexibilidad en el tratamiento de cada caso concreto y una mayor capacidad de reacción. Todo ello con el objetivo de que todas las comunicaciones comerciales sobre cerveza sean legales, honestas, verídicas, éticas y se elaboren con sentido de la responsabilidad social.

De esta forma, nuestra industria ha decidido voluntariamente el establecimiento de principios y normas éticas, coherentes con las directrices sobre autorregulación publicitaria formuladas por la Unión Europea, que van a más allá de lo que marca la ley.

Entre estas medidas destacan las de prohibición, aún más expresa, de toda comunicación comercial destinada a menores; las relativas a la cerveza “sin” ya que, si bien se trata de una bebida que no contiene alcohol, el sector entiende que podría generar confusión en los más jóvenes; la obligatoriedad de la inserción del mensaje de consumo responsable en todas las comunicaciones comerciales: tamaño del mensaje, ubicación y tiempo de exhibición en los spots publicitarios de TV; la prohibición de la publicidad o patrocinio en revistas, espacios televisivos o de radio específicos de motor, quedando además prohibida cualquier labor de patrocinio de sus eventos; y las destinadas a garantizar un sistema eficaz de quejas y reclamaciones.

Precisamente, para asegurar que todas aquellas personas físicas o jurídicas que consideren que una comunicación comercial de cerveza no respeta los principios recogidos en el Código puedan efectuar, de la forma más sencilla y rápida posible, por ejemplo a través de Internet, una queja o reclamación, en 2004 se llevó a cabo una actualización del texto, en concreto de su artículo 8, detallándose las vías por las que pueden realizarse y especificándose que el incumplimiento reiterado de los compromisos asumidos en el Código y, en particular, no atender los requerimientos de rectificación, será incompatible con la pertenencia a Cerveceros de España.

Cerveceros de España y CECU ha constituido una Comisión paritaria de Seguimiento para la interpretación y vigilancia del cumplimiento de las normas. Ésta es la encargada de recibir cualquier queja o reclamación que pueda formularse sobre una comunicación comercial de cerveza, de informar al “emisor” y al “receptor” sobre la recepción y admisión a trámite de la misma, de estudiarla detenidamente, de infor-

mar por escrito de la decisión a ambas partes y, si procede, de requerir al anunciante que rectifique o cancele su anuncio.

En definitiva, la comunicación comercial de nuestros productos (cuya elaboración, distribución comercial y consumo no sólo es lícito sino compatible con una dieta y un estilo de vida equilibrados), siempre que se realice de forma responsable y se dirija exclusivamente a adultos, no es sólo un derecho legítimo sino que es absolutamente coherente con la protección del consumidor y con las más modernas y eficaces herramientas de autorregulación.

¿Seísmos de ida y vuelta?

Rafael J. Alvarez

Redactor Sección Nacional El Mundo

«Cuando vayáis a cubrir un suceso, id con los ojos y los oídos bien abiertos, dejaos impresionar, no desechéis nada, como si fuera la primera vez. La historia del periodismo está llena de veteranos que se perdieron el mejor detalle porque creían que todas las noticias son iguales». La frase de la profesora Concha Fagoaga entró a saco en mi cabecita de estudiante de Segundo de carrera aquella mañana de 1984. Casi 20 años después, un rebaño de vacas enloquecidas por algunos gramos de ántrax disueltos en aceite de orujo galopó hacia mí huyendo de una terrible ola de calor.

– ¿Y ahora qué?, me pregunté.

– «Ahora, a por ellas», me contesté, armado con aquellas comillas de doña Concha, que me siguen revoloteando por entre las neuronas, haciéndome novato ante cada noticia mayúscula que se me cruza en las narices del bloc.

El periodismo y el suceso, informar y sobrevivir, *la comunicación y la crisis*, como se titula esta reunión de periodistas y científicos. Extraña ciencia la del periodismo, que se resuelve en cinco años de Facultad sin hacer una mísera raíz cuadrada. Extraño periodismo el de la ciencia, que cuenta sus hazañas y sus fracasos con palabras impronunciables. ¿Ha dicho usted encefalopatía espongiforme bovina?

Siempre que un informador se enfrenta a un hecho se pregunta (o debería hacerlo) para quién lo va a escribir. Yo estoy aquí hablando como periodista de un medio

generalista, de un montón de páginas diarias no especializadas, de un taco de actualidades a granel para quien las quiera comprar. Por eso sé que no escribo para la ciencia, para la Administración sanitaria o para la industria. Escribo para quien baja al quiosco y pide *El Mundo* a cambio de un euro o para quien echa un vistazo al periódico mientras desayuna en el bar. ¿Ha dicho usted benzopireno?

Sin embargo, la ciencia, la Administración sanitaria y la industria también mojan el croissant en el café. Médicos amigos que nos siguen dicen que algunas veces metemos bien la pata y otros no tan amigos sólo dicen que nos siguen. El poder político está al tanto y recorta las noticias cada mañana para ver cómo han salido reflejadas sus palabras y, sobre todo, si han salido publicados sus silencios. Y la industria, que prefiere la publicidad a la información, siempre está dispuesta a enviar una discreta carta al director para desmentir investigaciones y estudios en los que no ha podido meter la mano.

Coinciden los ocho compañeros que escribieron *¡Infórmate en Salud!* (José María Catalán, Javier López Iglesias, Gonzalo Casino, Coral Larrosa, Elena Barrena, Julio Fernández Llamazares, Juan Luis Recio y Carlos del Aguila) que la información está condicionada «por los intereses empresariales, por las exigencias de los medios en los que trabajamos o por las expectativas del gran público». Y cuenta Javier Sádaba en el prólogo de ese libro que a los periodistas nos compete «una investigación seria de las fuentes, una exposición adecuada de las noticias, una visión real de lo que es el público y una expresión equilibrada de los avances o los retrocesos de la medicina».

Bien, una vez recuperada la consciencia, el periodista está listo para informar. Pero, ¿de qué informamos? ¿Contamos lo que le interesa a la gente?

El Informe Quiral dio una respuesta con pruebas en su edición de 2001. Como posiblemente sepáis, el Informe Quiral es una radiografía anual que expertos de la Universidad Pompeu Fabra y el Observatorio de la Comunicación Científica hacen de las informaciones de salud que publican cinco potentes periódicos españoles: *El País, El Mundo, Abc, El Periódico de Catalunya y La Vanguardia.*

Según este informe, durante el año 2001 el asunto sanitario más publicado fue el de las vacas locas, que mereció 1.011 textos. Después, apareció el famoso ántrax, con 601 noticias y a continuación el *síndrome de los Balcanes*, aquellos soldados infectados durante la hemorragia yugoslava por culpa del uranio empobrecido.

En cambio, el informe constata que, a juzgar por las cartas al director publicadas en esos mismos periódicos, los temas más recurrentes de los lectores fueron la atención y la gestión sanitaria (el mundo de la lista de espera, la negligencia y también del elogio) y el tabaco. Sospechosamente, estos dos grandes asuntos no están entre los nueve más contados por el periodismo aquel año. «Los temas más aparecidos en la prensa no son siempre los que aparecen como de más interés para el público», sentencia el Informe Quiral 2001.

Y esa es una espinilla del periodismo y de la ciencia, como se afirmó en la Jornada de Análisis sobre Comunicación de Riesgos que se celebró en el Ministerio de Sanidad el 16 de diciembre de 1999. «Lo justo sería decir que todos, expertos y comunicadores, tenemos parte de culpa».

Quizá elijamos mal. «Ha experimentado con ratas el efecto de la hormona sobre células tumorales hipofisiarias y ha demostrado que la reducción de su desarrollo está relacionada con la inhibición de los oncógenos c-myc y c-jun» (Canal Sur, 5 de mayo de 2001). O quizá elijamos bien pero lo contemos mal. «El principio activo de la píldora del día después es el levonorgestrel y la píldora está hecha sin estrógenos» (Telecinco, 9 de mayo de 2001).

Pese a haberme deslizado hacia la tele, los párrafos imposibles salpican la hemeroteca de cualquier periodista que se dedique a esto y si no traigo aquí algún destrozo propio es para esquivar los rigores de la vasodilatación en público.

A la radio y a la televisión se las lleva el viento. Del periódico quedan huellas. En cambio, son las que menos se ven porque los periódicos pierden la batalla de los clientes ante la radio y la tele.

Según los datos recabados en *Medios de comunicación y salud*, un trabajo de Pablo Martínez Segura para la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS), uno de cada tres españoles nunca lee nada. De entre los que leen, un tercio se decanta por la prensa deportiva. La revista más leída es *Programación de Canal Plus*, con 2,5 millones de fieles. El 53% de la gente oye la radio y el 89% ve la televisión, con una media de 220 minutos al día.

Así, la prensa (incluida la deportiva) tiene, según el Estudio General de Medios, unos 14 millones de personas dispuestas cada mañana a ejercer el apasionante vicio de saber qué pasa con sólo humedecerse la punta de los dedos. En su análisis, Martínez Segura, miembro de la Asociación Nacional de Informadores de la Salud, destripó las formas y los contenidos que los medios audiovisuales dieron a las noticias sanitarias durante 30 días y llegó a la conclusión de que «el tratamiento de la salud no depende de su importancia, sino de la proximidad, la afectación o la magnitud».

Dicen los estudiosos del periodismo sanitario que las fuentes de nuestro trabajo son, por este orden, la Administración, los expertos, la industria, las sociedades científicas, las asociaciones sociales o ciudadanas y los particulares. Y cuentan que durante las crisis los personajes más citados en los periódicos son los políticos.

Las crisis. Las crisis sanitarias. ¿Qué son las crisis sanitarias? «La salud es el silencio de los órganos», decía el filósofo. Si eso es cierto, España estrenó el siglo XXI haciendo ruido por todas sus esquinas. Vacas locas, aceite de orujo, ántrax, filtros de Baxter, Lipobay, Legionella, caso narcosala, ola de calor, Bio-Bac, SRAS, 11-M...

Enseguida contaré cómo vivimos desde dentro algunos de aquellos seísmos, pero antes quiero reflejar cómo se analizó desde fuera sus impactos en la prensa.

El Informe Quiral 2001 establece que muchas de las crisis sanitarias de aquel año «se podían haber evitado con una mejor gestión gubernamental» y que incluso la «magnitud y duración de las alarmas sanitarias depende de la gestión de las autoridades». Vladimir de Semir, director del Observatorio de la Comunicación Científica, asegura que «las noticias de las vacas locas no hubieran sido las más numerosas en los medios de comunicación de no ser por algunos mensajes lanzados por Celia Villalobos. Fue un error que ella se erigiera como portavoz». Muchos carniceros piensan lo mismo.

El Quiral 2002 contabilizó más de 15.000 noticias sanitarias en los cinco diarios más leídos de España, el mayor número de textos relacionados con la salud desde que existe el Informe (1996). Sin embargo, el trabajo refleja un descenso de las alarmas sanitarias (la estrella fue el aceite de orujo) frente a un aumento de la información puramente científica y del debate sobre temas de interés sanitario.

Y el Informe Quiral 2003 habla de una «consolidación de la salud como tema de actualidad», con menos crisis sanitarias y más temas crónicos. El gran temblor de aquel año fue el SRAS (síndrome respiratorio agudo severo), que causó casi un millar de muertos en una treintena de países asiáticos. Sin embargo, la lejanía de aquellos ahogos acabó por interesar poco al lector español.

El informe cuenta que la Organización Mundial de la Salud (OMS)fue la fuente de información más citada por los periodistas, porque se mostró «muy activa» a la hora de comunicar lo que estaba pasando y de criticar a las autoridades chinas, que tardaron en abrir la boca y cuando lo hicieron fue para mentir. Si hay algo que nos gusta a los periodistas es que alguien comunique criticando, y si tiene de apellido OMS, mejor. Quiral 2003 sostiene que la OMSobservó la importancia de la prensa en el control y la percepción pública de las epidemias. «La prensa es uno de los instrumentos de mayor importancia en una crisis sanitaria».

Veamos:

VACAS LOCAS

22 de noviembre de 2000. En Carballedo (Lugo) aparece una vaca loca. Las palabras vaca y loca remitían levemente a Inglaterra, donde la prensa se había hecho eco de algunos casos durante los meses anteriores. El Ministerio de Agricultura ofrece una rueda de prensa. De momento no hay alarma. Pero 12 meses después ya habrá 84 vacas muertas, con miles de ganaderos levantados en armas, carniceros en la ruina, una ministra desgastada y un país patas arriba sin un solo enfermo detectado.

A comienzos de 2001 los casos eran ya casi diarios. En *El Mundo* se creó entonces una especie de gabinete de crisis, tres periodistas dedicados exclusivamente a ordeñar una información que empezaba a llenar portadas. Había que hablar con el Gobierno, con los científicos, con los ganaderos, con los veterinarios. Había que saber.

«El primer día fui a una carnicería. Me abrieron la nevera y me contaron cómo era una vaca, qué se comía y qué no, qué eran los MER y qué no. Al principio no sabíamos nada», recuerda Isabel Longhi Bracaglia, una de las enviadas especiales a *Vacalandia*. No saber nada es una constante periodística cuando una crisis sale disparada. ¿Ha dicho usted MER? «Hubo que aprender muy deprisa. Los MEReran Materiales Específicos de Riesgo, el cráneo, los ojos, las amígdalas, la médula espinal y los intestinos de los bovinos. Eso es lo que no se podía comer. O aquello del prión, una proteína infecciosa que degenera el sistema nervioso central de las vacas, que les deja el cerebro como una esponja, vamos», dice Longhi Bracaglia. De ahí lo de Espongiforme.

Mientras una parte del periodismo se cultivaba, otra estaba atenta a la Administración, que colocó al veterinario Juan José Badiola como única fuente autorizada de información científica. Y mientras el Ministerio de Agricultura de Miguel Arias Cañete tomaba medidas sobre los animales, el de Sanidad de Celia Villalobos estudiaba cómo podía afectar el asunto a los humanos.

8 de enero de 2001. Arias Cañete engulle chuletas de ternera en una degustación pública y dice que no hay riesgo en el consumo. A un par de kilómetros, Celia Villalobos pronuncia la frase de su vida: «Yo les digo a las amas de casa que no echen huesos de vaca en los caldos, aunque ya no se venden, sino de cerdo». Una ministra diciendo eso es la encarnación de una crisis sanitaria.

Las televisiones abren sus informativos con cadáveres de vacas colgando en las palas de las excavadoras, los periódicos publican mapas actualizando el número de vacas locas detectadas, los ganaderos amenazan con desabastecer el mercado si no reciben más ayudas, los mataderos estallan en huelgas, muchas carnicerías cierran por falta de clientes y hasta algunos toreros dan la vuelta al ruedo con orejas y rabos de plástico porque se prohibe cortar al animal en la plaza... España pierde 150.000 millones de pesetas y se pasa al pollo.

Hoy hay contabilizadas 542 vacas locas desde aquella gallega de Lugo que logró cambiar hasta ese espanto llamado Fiesta Nacional.

ACEITE DE ORUJO

El martes 3 de julio de 2001 el Ministerio de Sanidad inmovilizó todo el aceite de orujo de oliva que se vendía en España al detectar que contenía un compuesto cancerígeno: el benzopireno. Si aceite y cáncer iban juntos, algo gordo iba a pasar en este país que le echa a todo zumo de aceituna.

A las nueve de la mañana del miércoles 4 de julio, Celia Villalobos debía inaugurar un curso de enfermería en la sede del Ministerio. Media hora antes, el periodismo había traicionado su proverbial odio al madrugón y estaba representado en las puer-

tas del Ministerio por medio centenar de atribulados currantes. Pero la ministra no aparecía. Las enfermeras estrenaron su jornada sin flashes y los periodistas pidieron en vano una explicación de doña Celia. A esas horas, el país ya sabía que no podía comprar aceite de orujo porque creía que provocaba cáncer.

La ministra de Sanidad no habló hasta el viernes 6 de julio, en la rueda de prensa del Consejo de Ministros, para decir que había tomado esa decisión como medida «precautoria». Fueron tres días de silencio administrativo, tres días de agujero negro, tres días sin explicación a los ciudadanos, a los que vivían del aceite de orujo y a la prensa.

La crisis duró un mes, con expertos hablando de medida «desproporcionada» porque para que el benzopireno sea peligroso su consumo debe ser exagerado durante un tiempo exagerado. Pero el veneno social estaba echado, y hubo artículos que juraban que una tostada tiene más hidrocarburo policíclico aromático, o sea, benzopireno, que el dichoso aceite.

En ese verano grasiento, *El Mundo* obtuvo informes que demostraban la ocultación de datos entre Sanidad y Agricultura, ministerios que parecían defender intereses diferentes. Nos acercamos también a algunos productores de orujo que denunciaron la manipulación oficial de los análisis de sus aceites.

Mientras, la UE, que acusaba a España de crear una «caótica situación», autorizaba el veto al aceite español.

Sanidad elaboró entonces una normativa que fijaba los niveles aceptables de benzopireno en el aceite de orujo y el 1 de agosto se autorizó su comercialización.

BIO BAC

En la noche del 24 de octubre de 2002, un grupo de guardias civiles asaltó el chalet de Rafael Chacón, el hijo del inventor del Bio Bac. Simultáneamente, 19 médicos y farmacéuticos fueron detenidos en varias ciudades españolas como presuntos integrantes de una red de tráfico de una sustancia ilegal. La *Operación Brujo* estaba en los teletipos. Periodísticamente no había duda: había noticia.

El Ministerio de Ana Pastor convocó a los medios al día siguiente para contar brevemente qué era Bio Bac y por qué ya no podría ser vendido por Internet ni en la farmacia cordobesa donde los Chacón decían haber inventado el remedio contra el cáncer. La tesis oficial rezaba que no era un producto seguro porque tenía fallos en su fabricación. El periodismo tomó partido inmediatamente y declaró culpables al fabricante y a los médicos que extendían ese «compuesto de enzimas» entre enfermos complejos. La sola formulación de la fórmula alejaba a los informadores, que no entendíamos nada de nada.

Varios días después de aquel *tejerazo* nocturno en la sierra de Madrid, Chacón y dos de los médicos detenidos ofrecieron una rueda de prensa equipados con copias voluminosas de los ensayos clínicos a que había sido sometido su «medicamento» en algunos países. También había enfermos que contaban los alivios de Bio Bac en sus cuerpos desahuciados por la medicina tradicional.

Al periódico empezaron a llegar informaciones poco demostrables sobre los presuntos intereses de algunas personas del Ministerio en impedir la comercialización de Bio Bac, una especie de conjura para detener algo que «realmente funciona».

Y algunas cosas empezaron a no encajar. Sanidad analizó las muestras secuestradas en el chalet y varias semanas después emitió un informe en el que reconocía que el producto no era nocivo. Entonces, ¿por qué seguía inmovilizado?, ¿por qué no se autorizaba como complemento alimenticio, por ejemplo? La pregunta incomodaba constantemente a Ana Pastor, que siempre contestaba lo mismo: «Porque no es un medicamento, ni tiene garantías sanitarias de fabricación».

El asunto fue desplazándose hacia los enfermos, miles de personas que durante algunos años llegaron a recibir Bio Bac a través de recetas de la Seguridad Social y que últimamente lo obtenían por sus médicos privados de cabecera.

Y entonces, me pregunté para quién escribía yo. Taché de la lista al Ministerio, al fabricante y a los médicos y me quedé con los enfermos, a los que les daba igual cómo se llamara el liquidito y que sólo querían poder acceder a él porque les aliviaba.

A partir de ahí, supe que la Audiencia Provincial de Madrid pidió al Ministerio «desbloquear» la situación de Bio Bac, que la Junta de Castilla-La Mancha estaba cerca de autorizar el producto, que Esperanza Aguirre se apuntó en una recogida de firmas que pedían la legalización y que el PSOE se comprometió a ayudar a los consumidores agilizando los ensayos desde el Ministerio y facilitándoles el producto en cuanto llegara al poder.

Hoy, dos años y medio después, el fabricante es incapaz de explicarse bien, el Bio Bac que queda sigue siendo «no nocivo», Ana Pastor ya no tiene que contestar, el PSOE no recuerda su promesa y miles de enfermos sostienen con las uñas apretadas una pancarta amarilla pidiendo un frasquito de libertad (de consumo, claro).

11-M

Aquel sanitario del Samur regresó al puesto de mando con la cámara de vídeo en la mano. «Lo que hay aquí grabado, lo que hay aquí... en mi vida. Y llevo en esto 30 años». Venía de los dos vagones destrozados en la estación de El Pozo. Llevaba en una cinta imágenes impensables, minutos que servirán a los servicios de urgencia para atender mejor. Ojalá sirvan para eso. A su lado, una enfermera repe-

tía que los móviles sonaban entre los cuerpos. Lo decía muchas veces, como para creérselo. «Es que están sonando, están sonando».

Era verdad. El 11-M, algo más que una crisis sanitaria. La explosión multiplicada que alcanzó a las víctimas directas y al país que se detuvo. Y, en medio, el único acontecimiento que ha salpicado al unísono a colectivos acostumbrados al dolor: sanitarios, policías, bomberos y periodistas.

El 11-M fue el día en que los periodistas hicimos también de periodistas. El día en que Jaime Villanueva tiró su cámara y corrió a ayudar a un herido que se desangraba en Atocha. El día que todos prestaron sus móviles a heridos desconcertados. El día que llevaron en sus coches a familiares en busca de familiares... Y también el día en que, salvo excepciones miserables, los muertos del 11-M no tuvieron cara para las fotos, ni morbo para las crónicas.

Seguramente porque el goteo de víctimas mortales, 28, 45, 60, 92, 101, 150, 192, era, cada vez, una cifra insoportable para el periodismo y para la ciencia.

Y los miles de heridos por dentro y por fuera sacándole un sobresaliente al tejido sanitario de Madrid: ambulancias, centros de salud, clínicas, hospitales, autobuses para la donación de sangre...

Toda la infección del poder político se convirtió en vacuna del poder sanitario. Se atendió a las víctimas y se informó a los periodistas, que tuvimos un buen plato de cifras y un razonable acceso a los heridos. Al menos, los primeros días.

Después, con el bajón del silencio, las víctimas retrocedieron y los psicólogos nos alejaron de ellas, probablemente para que nosotros mismos nos acercáramos a ellos a digerir aquella masacre que hoy seguimos sin comprender y a la que llegamos con los ojos bien abiertos, dejándonos impresionar, como si fuera la primera vez.

Bibliografía

¡Infórmate en Salud!, José María Catalán y Javier López Iglesias. Madrid, Ediciones Eneida. 2003.

Informes Quiral 2001, 2002, 2003. Observatorio de la Comunicación Científica, Universidad Pompeu Fabra y Fundación Vla Casas. Barcelona.

Informe SESPAS 2002. Medios de Comunicación y Salud. Pablo Martínez Segura. Madrid.

Jornada de Análisis sobre Comunicación de Riesgos. 16 de diciembre de 1999. Ministerio de Sanidad. Madrid.

III Jornadas de Farmacovigilancia. Comunicación de riesgos a la sociedad en Farmacovigilancia. Pablo Martínez Segura. Toledo, 25 de octubre de 2002.

La publicidad de productos y servicios pretendidamente sanitarios

Elisa Borrego

Directora General Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección de la CAM

Se define la publicidad sanitaria como toda forma de comunicación gráfica, sonora, o audiovisual, efectuada en cualquier soporte, dirigidas a promover directa o indirectamente la contratación de productos, actividades o servicios sanitarios.

El motivo de esta exposición es la publicidad médico-sanitaria, este conjunto de información. La realidad actual en la que nos desenvolvemos y la oferta publicitaria se encuentran cada vez más presente en nuestra actividad cotidiana, a través de los anuncios que se insertan en los medios de comunicación. Nos ofertan productos, servicios y tratamientos, que aseguran van a mejorar nuestra calidad de vida, sin pararnos a pensar que se trata de nuestra salud, que no estamos comprando un producto más, y que cualquier tratamiento puede tener sus riesgos.

La publicidad médico-sanitaria por el objetivo que defiende, su contenido, y mensaje, persigue legítimos intereses de la iniciativa privada aunque sobre ellos debe prevalecer y salvaguardarse el derecho a la salud de los ciudadanos.

Con este motivo y también dada, la complejidad técnica creciente, la aparición constante de nuevos productos o servicios, muchos de ellos de difícil comprensión para el usuario, requiere la actuación decidida de la Administración para la vigilancia y defensa de los derechos del ciudadano.

La actividad publicitaria en general, debe cumplir y regirse por unos principios básicos, que son: la veracidad, exactitud, transparencia y competencia leal. Estos principios se vuelven más exigentes cuando nos referimos a la salud de las personas, porque sobre ellos deben prevalecer los derechos de protección de la salud y seguridad de los usuarios.

Con este fin la Administración, se ha dotado de un marco legal para establecer y fijar unas normas de obligado cumplimiento por las organizaciones sanitarias. Con carácter general sobre los derechos de los consumidores y usuarios, la Ley 26/1984, de 19 de julio, General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios obliga a las Administraciones Públicas, en el ámbito de sus competencias, a que adopten medidas con el fin de evitar riesgos para la salud y la seguridad de los consumidores y usuarios.

Así mismo, Ley 14/86 de 25 Abril, General de Sanidad instaura el derecho a la información en el contexto de la atención sanitaria, pero no entra en aspectos tales como la promoción y publicidad de productos y servicios sanitarios o la información sobre nuevas técnicas o progresos científicos.

La Ley 25/1990 de 20 de diciembre, del medicamento establece, la incompatibilidad de los profesionales sanitarios con cualquier caso de intereses económicos directos derivados de la fabricación, elaboración y comercialización de los medicamentos y productos sanitarios.

La ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, fija en su artículo 44, con motivo del ejercicio profesional privado, que la publicidad deberá respetar rigurosamente, la base científica de las actividades y prescripciones, y además no debe levantar falsas esperanzas o propagar conceptos infundados.

El Real Decreto 1907/1996 de 2 de agosto, sobre publicidad y promoción comercial de productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria señala en su artículo 5, la prohibición a todos los profesionales sanitarios y a sus asociaciones o corporaciones amparar ningún tipo de promoción comercial o publicidad dirigida al público en que, con su Nombre, cargo o empleo, respalden utilidades preventivas, terapéuticas, o de rehabilitación. Y en su artículo 6 que la publicidad e información de los centros sanitarios, así como los servicios y prestaciones que realizan, deberá ajustarse al contenido de la autorización sanitaria del centro.

El Real Decreto 1277/2003 de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, precisa en su artículo 6, que “los centros podrán utilizar en su publicidad, sin que induzca a error, términos que sugieran la realización de cualquier tipo de actividad sanitaria, limitándose dicha publicidad, a los servicios y actividades para los que cuenta con autorización.

Por su parte la Comunidad de Madrid, en su Ley 11/1998, de 9 de julio, de Protección de los Consumidores de la Comunidad de Madrid, establece que las actuaciones de inspección, control de calidad y seguridad, se llevarán a cabo sobre todo tipo de productos, bienes y servicios destinados a los consumidores.

Nuevamente, entre los derechos de los ciudadanos que la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid reconoce y regula se encuentra el derecho de éstos –recogido en el artículo 27– a ser verazmente informado, en términos comprensibles en relación con su propia salud, para poder tomar una decisión realmente autónoma.

Esta misma Ley en su artículo 29 establece que “la autoridad sanitaria velará por el derecho de los ciudadanos a recibir, por cualquier medio de comunicación, información sanitaria clara, veraz, relevante, fiable, equilibrada, actualizada, de calidad y basada en la evidencia científica, que posibilite el ejercicio autónomo y responsable de la facultad de elección y la participación activa del ciudadano en el mantenimiento o recuperación de su salud”.

En virtud del artículo 15.i del Decreto 10/2004, de 29 de enero, por el que se establece la estructura orgánica de la Consejería de Sanidad y Consumo, la Dirección General de Calidad, Acreditación, Evaluación e Inspección, tiene conferida la función de “el control de la publicidad médico-sanitaria”.

Esta Dirección General realiza, a este respecto, un control inicial, por medio de la concesión de la autorización sobre los centros sanitarios, de acuerdo el Decreto 110/1997 de 11 de septiembre. El otorgamiento de esta autorización, garantiza que se reúne las condiciones indispensables para realizar la actividad en cuanto a su estructura y funcionamiento; continúa su actuación a través de inspecciones periódicas, de renovaciones de la citada autorización, y de las sucesivas autorizaciones sanitarias administrativas en caso de que se produzcan modificaciones sobre la estructura, la cartera de servicios, el equipamiento, sus profesionales y la titularidad.

Las tareas de control de publicidad que realiza esta Dirección General, se centran en garantizar que la publicidad sobre actividades de centros y servicios sanitarios que se prestan al ciudadano, es correcta y veraz evitando mensajes engañosos. Los centros, servicios y establecimientos sanitarios situados en el ámbito territorial de la Comunidad de Madrid, deben realizar una publicidad acorde con los servicios y actividades para los que están capacitados y en consecuencia autorizados. La cartera asistencial que posee el centro debe ser transparente e inequívoca, y el usuario tiene el derecho a conocer la identidad y capacitación de los profesionales que le atienden.

La autorización de los centros conlleva las siguientes actuaciones:

1. La Veracidad del Cumplimiento de la Normativa Vigente sobre los requisitos técnico-sanitarios
2. La inscripción en el Registro Oficial, de carácter público
3. La expedición del Documento acreditativo de la autorización, para su exhibición pública y obligatoria en cada uno de los Centros que se autorizan.

La información contenida en el Registro, es objeto de difusión a través de la página de la Comunidad de Madrid en Internet y dentro de ella en la dirección que tiene asignada la Consejería de Sanidad y Consumo al Registro de Centros Sanitarios: www.madrid.org/registro_centros_sanitarios, en la que consta aquella información inscrita que puede ser publicitada.(Respetando en todo caso la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal, y la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal de la Comunidad de Madrid, el Registro es un fichero automatizado de datos de carácter personal inscrito en la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid. Este es el compromiso de la Dirección General con los ciudadanos para su mejor información.

Además el ciudadano tiene otros cauces para contrastar la información de la que dispone, como son: la solicitud escrita presentada ante cualquier Registro de la Administración; la llamada a los teléfonos de información, o acudiendo al sistema de atención al ciudadano –012– de la Comunidad de Madrid.

El Documento acreditativo de la autorización, contiene los datos relativos al centro sanitario de acuerdo con la autorización, su dirección y Municipio, la fecha de autorización, el número de inscripción en el Registro de Centros Sanitarios y una breve descripción de los derechos de los usuarios y Dirección General u Organismo ante el que pueden formular sus quejas o reclamaciones.

Los centros sanitarios están obligados a exponer en lugar visible y accesible al público el documento original, y con ello se consigue transmitir confianza y seguridad al ciudadano que acude a un centro sanitario, y además publicitar que el centro tiene concedida la autorización y se encuentra oficialmente registrado.

Con estos mecanismos: la autorización del Centro, su inscripción en el Registro, y el Documento acreditativo de exhibición obligatoria, el ciudadano tiene la posibilidad de contrastar la información que se le ofrece, con la actividad oficialmente autorizada.

También se efectúa un Control de la Publicidad a través de la Función Inspectora de esta Dirección (Plan Integral de Inspección de la Consejería de Sanidad y Consumo para 2005). A este Plan se incorporan programas de Inspección específicos para el control de la publicidad sanitaria.

La Inspección de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios, presta especial atención en las inspecciones que se practican, a la publicidad sanitaria, comprobando que se ajuste a los servicios autorizados, y comprobando que el documento acreditativo de la autorización de funcionamiento, así como las plantillas del personal sanitario se encuentran, respectivamente, expuestos y a disposición de los usuarios.

La Dirección General realiza además otras actuaciones sobre el Control de la Publicidad, como es el Convenio de colaboración firmado en marzo de 2004 entre la Consejeria de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid y los Colegios profesionales de Médicos, Odontólogos., Fisioterapeutas, Diplomados en Enfermería,

Podólogos. Psicólogos, Farmacéuticos, Biólogos, Ópticos-Optometristas, y Químicos de la Comunidad de Madrid por el que se establecen las líneas de actuación armonizadas en materia de autorización de centros sanitarios y de intrusismo profesional, al cual se anexionaron posteriormente los colegios de Veterinarios y de Higienistas Dentales.

Igualmente el establecimiento de un Convenio de colaboración de la Consejería de Sanidad y Consumo con la Federación Madrileña de Municipios, para la cooperación e intercambio de información en materia de creación, apertura y funcionamiento de centros, servicios y establecimientos sanitarios, que ha propiciado nuevos cauces para el control de Centros No autorizados, y para evitar el intrusismo profesional. Como consecuencia de la suscripción de este Convenio se analizó la documentación del Censo de centros sanitarios con licencia de actividad pertenecientes a 74 Ayuntamientos, se revisaron 1521 centros y se constató que 483 de ellos no tenían autorización sanitaria.

Actualmente esta Dirección General, tiene en proceso avanzado de elaboración, un Proyecto de Decreto regulador del Control de la Publicidad Médico-Sanitaria, en este proyecto se contemplan todos los aspectos citados en esta intervención.

Asimismo existen otras iniciativas propiciadas por Sociedades ajenas a la Administración, que vienen demostrando su eficacia en la colaboración con ésta en el cumplimiento de la normativa. Por ello esta Dirección General tiene establecida una línea de trabajo para la elaboración de un Convenio con Sociedades de Autocontrol en materia de regulación de la publicidad sanitaria, sin perjuicio de las actuaciones que se vienen realizando por esta Dirección General en materia de control de la publicidad.

La problemática más frecuente en cuanto al control de mensajes publicitarios es:

1. La publicidad de centros no autorizados y, en particular, los que realizan actividades pretendidamente sanitarias sin intervención de profesionales sanitarios.
2. La dificultad de conocer previamente y en su totalidad el contenido de los mensajes emitidos en los medios de comunicación.
3. Los mensajes publicitarios que explícita o implícitamente están sugiriendo la existencia de profesionales sanitarios sin acreditarlo.
4. Los centros autorizados, que anuncian actividades para las que no fueron autorizados.
5. La publicidad de técnicas diagnósticas o terapéuticas no respaldadas científicamente.
6. Los mensajes publicitarios que ofertan seguridad de alivio o curación.
7. La publicidad que utiliza imágenes o testimonios de personas famosas e incluso de profesionales sanitarios para inducir a la contratación de servicios.

Publicidad de alimentos con pretendida finalidad sanitaria

José Ignacio Arranz Recio

Director Ejecutivo Agencia Española de Seguridad Alimentaria

Muchas de las actividades usuales, incluso “obligadas”, de nuestra vida diaria se ven abocadas a un proceso de “medicalización”. El deporte, el ocio y, por supuesto, la alimentación, no se sustraen a esta tendencia.

Nuestra sociedad, hoy, se preocupa por la salud, aunque no siempre dicha preocupación esté correctamente orientada. Aquella frase anecdótica, atribuida al cineasta Woody Allen, vendría a reafirmar esta apreciación: Las dos palabras más bonitas de este mundo ya no son “te quiero”, sino “es benigno”.

No importa tanto, a los efectos que nos ocupan, cuál es la génesis de esta necesidad. Sí conviene, quizá, reflexionar acerca de la respuesta a dicha “necesidad” y hasta que punto la segunda retroalimenta a la primera.

A medida que una sociedad se desenvuelve en una situación económica más favorecida, plantea demandas crecientes en muchos ámbitos. Así, las sociedades industrializadas han evolucionado, desde la demanda del acceso a una cantidad suficiente de alimentos, hasta exigir de éstos toda una serie de atributos, más allá de la inocuidad y la calidad: vida comercial más larga, facilidad de conservación y preparación doméstica… Más aún: que sirvan para algo más que alimentarse, nutrirse e, incluso, procurarse una satisfacción gastronómica. La sociedad reclama de los alimentos propiedades y bondades que van más allá de los atributos intrínsecos del alimento en su concepción convencional.

Sea espontánea o inducida esta necesidad y la consecuente demanda –ambas componentes entran en juego– lo cierto es que la tecnología alimentaria avanza a pasos de gigante para ir un poco más allá, y no sólo responde al ciudadano que busca respuestas concretas en un producto, sino que le sorprende cada día, ofreciéndole verdaderas audacias en tecnología y composición, innovaciones que años atrás hubieran resultado inimaginables. Se restituyen los nutrientes perdidos o degradados a causa de un proceso tecnológico; se refuerza la presencia de componentes naturales "interesantes" e, incluso, se incorporan otros, más interesantes aún (¿?), por cuanto no formaban parte de la composición natural del producto. Se añade o incrementa "lo bueno", se minimiza o se retira "lo malo" y, si esto no fuera suficiente, se modifica la estructura química o el perfil genético, persiguiendo ese "interés" que responde a la inquietud del consumidor en torno a la salud, a lo médico o para-médico.

Y si el consumidor no había caído en la cuenta, todo es cuestión de contárselo, de excitar su celo por la promoción de la salud, aunque sea mediante una simplificación reduccionista de lo que sólo cabe gestionar considerando el amplísimo abanico de factores susceptibles de intervención, incluyendo los estilos de vida en su acepción más global.

La cuestión ha ido tan lejos, que ya resulta difícil impresionar o sorprender al consumidor. Máxime cuando éste, por supuesto, no se sustraerá a su condición "de carne y hueso" y perseguirá, como en casi todo siempre que es posible, la "eficiencia vital": Obtener el máximo *output* con el mínimo *input* o, dicho de otro modo, la ley del mínimo esfuerzo. Adelgazar sin apenas moderarse en el comer y en el beber, mantenerse en forma y en línea con el mínimo ejercicio… Por eso, las innovaciones dejan de serlo muy pronto, tanto más cuanto más requieren que pongamos algo de nuestra parte.

Hablar de alimentos con menos sal, con menos ácidos grasos *trans…* nos sitúa de lleno en la prevención y en la promoción de la salud. Sin embargo… ¿es fácil, hoy, hacerse un sitio en un mercado complejo, si "lo único" que se ofrece es una menor concentración de cloruro sódico o un perfil lipídico menos nocivo? Parece que no… al menos en lo que dependa de la percepción por parte de la población general. Ya no es novedad una leche enriquecida en calcio, y quedó muy lejos el enriquecimiento en vitaminas de las margarinas –restitución, en realidad– para que pudiesen "competir" con las denostadas mantequillas…

No. El cliente, hoy, plantea necesidades más concretas y complejas, más "medicalizadas". Y sin duda, las ve aparentemente satisfechas (o eso le dicen o le pretenden hacer creer a veces) casi siempre y con relativa celeridad.

Porque el problema surge, precisamente, porque todas esas innovaciones, adaptaciones, además de identificarlas como oportunas y convenientes y de saber plasmarlas tecnológicamente, hay que contarlas. Y no sólo el "qué", sino el "para qué".

En la mayoría de los casos, si no en la totalidad, como información facultativa del etiquetado. Conceptualmente, muy cerca de la publicidad.

La innovación en la composición o tratamiento, debería seguirse de veracidad en la alegación. Sin embargo, no es infrecuente que a la audacia en la innovación le corresponda la osadía en la alegación, cuando no la falsedad.

El *Principio de Veracidad en la Información al Consumidor* es innegociable, y las distintas Disposiciones en materia de etiquetado y publicidad, lo han mantenido inmutable. Contamos, sin embargo, con una dificultad añadida: Con carácter general, durante muchos años, toda legislación en materia de etiquetado venía prohibiendo cualquier alegación preventiva o curativa en los productos alimenticios. Cabría afirmar que tal realidad no ha cambiado. Durante años sólo cabía formular alegaciones de contenido, positivas o negativas: *Rico en…, pobre en…* nada más. El uso y conclusiones, correspondían a cada consumidor.

No cabía mantener ese marco contra la irrupción gradual pero imparable del concepto de funcionalidad. De los alimentos e ingredientes funcionales cabía esperar, en buena lid, propiedades fisiológicas diferenciales, aún en lo nutricional o incluso más allá de lo estrictamente nutricional. No obstante, ¿permitía el marco legal decir algo al respecto? Llegan los arabescos semánticos, como lo de "disminuir el riesgo de padecer" en vez de decir "prevenir", estableciendo una frontera cada vez más difícil –y acaso virtual– entre la llamada "alegación de salud", a regular y permitir, y la prohibida "alegación terapéutica" (¿acaso deberíamos recurrir también a la semántica, denominándola, sin más, INDICACIÓN? Y, en tal caso, quizá habría que terminar llamando "medicamento" al alimento… Lo malo es que, entonces, tendría que acreditar calidad, seguridad y eficacia como cualquier otro medicamento…).

Lo cierto es que estaríamos ante un conflicto, porque es legítimo que el alimento o ingrediente funcional pueda alegar sus propiedades, en coordenadas propias de alimentos –no de medicamentos– y sustentando la veracidad en la mejor evidencia científica disponible.

Seguridad y veracidad. Veracidad basada en principios objetivos: Toda la información necesaria y suficiente y, toda ella, veraz. Asumiendo que acaso la veracidad arrastre el producto de un marco de ordenación a otro…porque no cabe olvidar que cada cosa es lo que es, por lo que es. Y no por el tipo de establecimiento donde se vende…

Confiemos en que el futuro Reglamento Comunitario sobre Alegaciones Nutricionales venga a resolver estos conflictos.

La Publicidad de Tabaco y Alcohol está ahora de rabiosa actualidad

Erick Bilinski
Presidente JWT España

Con la nueva Ley antitabaco y el anteproyecto de Ley de prevención del alcohol, parece ser que la publicidad sea el origen de todos los males. Con esta serie de fuertes restricciones que llegan en algunos casos y en ciertos medios, a prohibiciones totales, se pretende erradicar el abuso y el consumo impropio del alcohol así como la dependencia del tabaco.

Esto es otorgar mucha capacidad de influencia a la publicidad, pero con toda sinceridad creo que es utópico y muy alejado de la realidad.

Existe además un cierto nivel de incoherencia y desproporción en estos textos de leyes. Las bebidas alcohólicas y el tabaco no son productos prohibidos. Existe toda una industria en torno a su producción, elaboración, distribución, comunicación comercial y consumo que es lícita y a la cual no se le impone prácticamente ninguna limitación. Por lo tanto, ¿por qué imponer drásticas restricciones que prácticamente impiden la realización de promoción y publicidad a productos fabricados, comercializados y consumidos lícitamente?

La publicidad es una forma legítima de comunicación e información de anunciantes al consumidor, integrada en los derechos constitucionales a la libertad de empresa y a la libertad de expresión.

La publicidad constituye un elemento esencial en la configuración de la libre competencia tanto para la introducción de nuevos productos como para el afianzamien-

to o expansión de los ya introducidos, así como una exigencia de los consumidores de su derecho de información y libertad de elección.

De alguna forma, estas nuevas leyes restringen ademas la libre competencia entre las marcas, imposibilitando prácticamente cualquier introducción de nuevos modelos, cambios de productos y/o de precios en el futuro.

Otros motivos para cuestionar estas medidas genéricas e indiscriminadas que penalizan desproporcionadamente la comunicación de esos productos son:

- No se ha detectado un efecto directo de la publicidad en el aumento o en la variación de las pautas de consumo de alcohol o de tabaco.
- En el 2003, el International Journal of Advertising encargó a Alyse y Kent Lancaster de la Universidad de Miami una recopilación de 35 investigaciones realizadas en 10 países (desde Estados Unidos, España, Inglaterra, pasando por Australia hasta Corea del Sur), que permitiesen relacionar la publicidad y sus efectos sobre el consumo de tabaco. Los resultados hablan por sí solos: sólo el 33% de estos estudios sugerían una posible relación con el consumo y una amplia mayoría, el 66%, indicaban que existía poca o ninguna relación con el aumento del consumo de tabaco.
- La mayor parte del alcohol consumido en el mundo no es objeto de publicidad.
- La psicología del comportamiento hace décadas que desterró el modelo de conducta estímulo-respuesta. A modo de ilustración, basta señalar un ejemplo de Juan Barreiro, Director General de la Asociación Empresarial del Tabaco (AET) que hace unos días citaba el caso de Noruega, que después de 20 años sin publicidad de tabaco ha visto aumentar de todos modos su consumo en un 8%, o Finlandia, cuyo consumo también ha crecido.
- En un mercado maduro como el de las bebidas alcohólicas o el del tabaco, la publicidad va principalmente dirigida a la captación de cuotas de mercado de cada marca y no al aumento indiscriminado del consumo global.
- Desde hace años casi todos, por no decir todos, los fabricantes y anunciantes de tabaco y bebidas alcohólicas se han impuesto unos estándares muy altos para desarollar un marketing responsable. Por citar sólo un par de ellos: DIAGEO tiene su proprio “Marketing code” que además de atenerse a la letra y al espíritu de toda la legislación nacional aplicable, ha desarrollado un código de práctica de marketing interno muy estricto para que sus marcas sean publicitadas y comercializadas siempre de forma responsable. Algunas veces, pueden llegar a ser hasta más estrictos que lo que marca la ley. El 11 de mayo de 2005 la Comunidad de Madrid, TeleMadrid y Autocontrol firmaron un convenio para la autorregulación de la publicidad de alcohol donde señalaban que la publicidad no podía mostrar a menores de 23 años, mientras que DIAGEO va más allá y sólo autoriza en la publicidad de sus marcas las imágenes con personas bebiendo que tengan o aparenten una edad superior a los 25 años.

Por citar otro ejemplo, el de Philip Morris, cuyo portal de Internet (philipmorrisusa.com) muestra la actitud de la compañía en relación con el hábito de fumar y los temas de salud mediante consejos sobre cómo hablar con los niños para evitar que fumen; consejos para personas que han decidido dejar de fumar , datos sobre el respaldo de la empresa de cara a la regulación del tabaco de la FDA, etc...

Tanto los anunciantes como la industria publicitaria española son muy conscientes de su rol y han venido demostrando su madurez y responsabilidad en una sociedad libre a través de compromisos de autorregulación, cuya eficacia y rigor han sido acreditados.

Estas nuevas prohibiciones en el tabaco por ejemplo, que llegan a eliminar por completo la publicidad hasta en los puntos de venta, tienen pocas posibilidades de conseguir reducir el consumo.

Los consumidores que están en el estanco ,ya a punto de adquirir su producto, no van a renunciar a comprar su tabaco si no hay publicidad, pero la ausencia de publicidad hace imposible influir su preferencia sobre una marca versus otra.

Por lo tanto, se puede avanzar que el único probable resultado de estas prohibiciones sea el daño económico que provoque a los anunciantes, las agencias creativas y de medios, así como los medios de comunicación, eventos, etc.

En cambio, La publicidad puede contribuir a concienciar la sociedad de los problemas derivados del uso abusivo del tabaco o del alcohol. la mayoría de los profesionales de marketing y de medios de comunicación estarán de acuerdo en que las campañas de publicidad informativas, siempre combinadas con la educación en el entorno social, constituyen seguramente uno de los medios más eficaz para la concienciación de los ciudadanos y fomentar el consumo moderado y responsable de ambos productos.

A modo de ejemplo de efectividad, la campaña publicitaria del Instituto Nacional de Prevención y de Educación para la Salud en Francia, generó más de 1 millón de llamadas a un número 900 en una sola noche, 20.000 visitas a la web en una semana y redujeron el consumo de cigarrillos en un 6% durante el período de la campaña.

Información en situaciones de crisis sanitaria

Javier Ayuso
Portavoz Emergencias Ayuntamiento Madrid

QUÉ ES *EMERGENCIAS MADRID*

La *Oficina de Información de Emergencias del Ayuntamiento de Madrid* comenzó a funcionar en octubre de 2.003 y se encarga de difundir la información generada por los servicios de emergencia de SAMUR-Protección Civil, Bomberos y Policía Municipal. El servicio está formado en la actualidad por 4 periodistas (Javier Ayuso, Diego García, César Gómez y Beatriz Martín), que mediante un sistema de turnos se mantienen de guardia durante 24 horas los 365 días del año. *Emergencias Madrid* forma parte de la Dirección de Medios de Comunicación del Ayuntamiento de la capital.

OBJETIVO Y FUNCIONES

Su misión es la de coordinar esa información generada por los servicios de emergencia del Ayuntamiento de Madrid. Recopila los datos y se los transmite a los medios de comunicación con la mayor rapidez posible, pero a la vez ofreciendo datos contrastados, tratando siempre de facilitar la labor de los periodistas. Los miembros de *Emergencias Madrid* son los encargados de realizar los contactos con

los medios, actuando de portavoces o, cuando sea posible, estableciendo el contacto entre el periodista y el profesional de la emergencia para que sea éste el que explique en qué ha consistido la actuación de su servicio.

Además de ser fuente de información, ofreciendo declaraciones a las televisiones y las radios, grabamos imágenes y hacemos fotografías de los siniestros que luego cedemos gratuitamente a los medios de comunicación. Así, obtienen testimonios gráficos de sucesos que muchas veces para ellos es imposible conseguir, ya que no pueden acceder a la denominada "zona caliente" del siniestro. En estas imágenes se suele reflejar el trabajo de los servicios de emergencias, que es algo que no siempre se ve y que aporta un mayor valor periodístico a la imagen. La labor de estos profesionales que, muchas veces, al ser invisibles a los medios, no se valora por parte de la población.

Esta oficina de emergencias informa de unos 500 sucesos al año (más de uno al día como media), aparte de gestionar reportajes sobre los servicios de emergencia.

DEONTOLOGÍA

Nuestras informaciones e imágenes, están sujetas a una serie de premisas:

- Que no se pueda identificar a las víctimas, por lo que nunca ofrecemos imágenes del rostro. No hacemos pública la identidad, raza o nacionalidad, sólo la edad y el sexo.
- Evitar imágenes especialmente sensibles.
- No ofrecer una información morbosa.
- Referirnos exclusivamente a la labor realizada por nuestros servicios de emergencia con datos objetivos, sin hacer valoraciones ni ofrecer hipótesis de causas o posibles culpables del siniestro. No entrar en aspectos que son competencia de otros cuerpos o instituciones, públicas o privadas.

INFORMACIÓN EN SITUACIONES DE EMERGENCIA

Además de ofrecer un servicio a los medios de comunicación somos también parte, y una parte importante, de los cuerpos de emergencia. Los especialistas en la gestión informativa en situaciones de crisis suelen decir que "una población informada es una población segura", y la difusión, rápida y veraz, es el primer arma con la que las administraciones públicas deben contar en el caso de una gran catástrofe para minimizar sus consecuencias.

Cuando ocurre un siniestro grave la labor de los medios de comunicación es de especial relevancia porque a ellos va a recurrir la población afectada para saber qué está pasando. Por tanto, debemos contar con la mayor exactitud posible en qué consiste el suceso. Las personas, al estar bien informadas y desde muy pronto, se liberan del miedo, evitando así la propagación del pánico.

Nuestro servicio ha de tener un contacto permanente con los medios de comunicación, a través de los cuales, si es necesario se pueden y deben dar consejos a la población de cómo comportase para garantizar su seguridad (confinarse en casa, evacuaciones, lugares de reunión, etc.).

Los mensajes que se transmitan no deben generar alarma innecesaria. Han de ser sencillos y exactos para que todo el mundo los entienda y limitarse a lo que está ocurriendo, sin hacer juicios prematuros.

No se deben eludir errores ni negar insuficiencias reales, sino buscar sus posibles causas.

Se debe acordonar el lugar del siniestro para evitar la entrada de medios de comunicación a la "zona caliente". Esto se hace para que no obstruyan la labor de los servicios de emergencia y para garantizar la seguridad de los propios periodistas. Fuera del cordón hay que facilitar, en la medida de lo posible, su trabajo, sin tratar de ocultar la imagen del siniestro. De esta forma, creamos confianza en la población porque están viendo a través de la televisión lo que está ocurriendo y el periodista radiofónico o de agencia puede contar de primera mano cual es el escenario del siniestro.

EVITAR EL RUMOR

Uno de los principales inconvenientes que se encuentran los servicios de emergencia ante una crisis es la propagación de rumores, que si no se controlan a tiempo pueden multiplicar las consecuencias de un siniestro.

Para evitarlo las noticias tienen que fluir con objetividad y con rapidez, aunque esto no siempre es fácil porque en estas situaciones emocionales críticas los afectados en ocasiones tienden a desconfiar de las explicaciones oficiales. Además, si los medios no obtienen datos claros la única fuente que alimentará la noticia serán los testimonios de los testigos, vecinos o víctimas, que no siempre darán una visión veraz de lo ocurrido. Por ello, no hay que recurrir a la censura, ni a la desinformación, que es otra forma de crear alarmismo.

Cuando surge una noticia los medios de comunicación desplazan al lugar sus equipos móviles para ofrecer datos en directo. En el caso de las radios y televisiones antes, incluso, de que los periodistas se hayan desplazado hasta el lugar del suceso, se abren los micrófonos pidiendo a los oyentes que cuenten lo que vean. Y lo

que éstos observan no siempre se corresponde con la realidad y frecuentemente lo más fácil es echar la culpa de lo ocurre a los servicios de emergencia y a las autoridades. Esas afirmaciones se combaten "liderando la información", es decir, siendo nosotros los primeros en ofrecer datos. Si dejamos pasar mucho tiempo los medios "llenarán" sus tiempos de información con cualquier testimonio. Si esos testimonios no son contrastados pueden generar más alarma.

¿QUIÉN COMUNICA?

El portavoz más creíble para los ciudadanos siempre es el técnico. En un primer momento, cuando el suceso está ocurriendo y los servicios de emergencia están trabajando, serán los miembros de la Oficina de Información quienes den los primeros datos, ya que son los que tienen el contacto directo con los medios. Una vez que la situación esté controlada podrán ser representantes de cada cuerpo en intervención los que expliquen su labor. En ocasiones pueden responder ante los medios los profesionales protagonistas de la información (bombero que rescata a una víctima en un incendio). También el político debe estar en los medios en caso de siniestros de importancia como muestra de que la administración está trabajando en resolver el problema.

¿CÓMO COMUNICAR?

Quienes nos ven o nos oyen no son especialistas en emergencias, por lo que el lenguaje debe ser claro y sencillo, llevando a términos más coloquiales palabras demasiado técnicas. El tono en que se comunique siempre debe ser natural, no alarmante.

CASOS PRÁCTICOS

En todos los sucesos de los que informamos ponemos en práctica los elementos teóricos descritos anteriormente. Sin embargo, conviene destacar por su relevancia algunos hechos en los que hemos tenido que actuar y que sirven como ejemplo de todo lo expuesto anteriormente:

Incendio Subestación Unión FENOSA Calle Alameda (15-07-2004)

Fuego en una subestación eléctrica muy cerca de viviendas habitadas. No hubo heridos y el desalojo se hizo sin excesivos problemas. Aparte de la aparatosidad de las llamas, este siniestro tuvo varias características que motivaron una gran atención por parte de la prensa, como su localización en el centro de Madrid muy cerca del Con-

greso de los Diputados –donde se encontraban numerosos periodistas siguiendo una sesión parlamentaria–, la coincidencia con los informativos en directo, y además, que todavía en Madrid vivíamos muy impresionados por los atentados del 11 de marzo. Estas circunstancias motivaron que en algunos medios se dieran, sobre todo en los primeros momentos, informaciones excesivamente alarmantes.

Nuestra oficina, aparte de explicar con exactitud lo que estaba ocurriendo como se hace en cualquier siniestro, tuvo que esforzarse especialmente en tratar de reconducir la situación puntualizando algunas informaciones que salieron a los medios sin haber sido debidamente contrastadas y que podían generar alarma entre los vecinos. Incluso, hubo un programa de televisión que estuvo dando paso a llamadas de espectadores que daban su opinión sobre lo que ocurría, sobre el futuro desarrollo del incendio o sobre la forma en que debían actuar los bomberos. Algunos de estos improvisados reporteros ni siquiera estaban cerca del lugar, sino que lo veían por televisión. Este programa tampoco se preocupó por contrastar informaciones con los portavoces de los servicios de emergencia lo que contribuyó a nuestro juicio a crear situaciones de nerviosismo entre muchos telespectadores, cuando la verdad es que el siniestro, a pesar de sus dimensiones, estaba en vías de ser controlado y se limitaba a la subestación, sin heridos ni viviendas incendiadas.

Incendio subestación Unión FENOSA Calle Acanto (18-11-2004)

Siniestro también de grandes proporciones pero que para la ciudad tuvo mayores repercusiones que el anterior debido a que 250.000 abonados se quedaron sin suministro eléctrico, Metro y Cercanías RENFE sufren alteraciones del servicio durante varias horas y 250 cruces de la capital se quedan sin semáforos. Sin embargo, a pesar de la amplia cobertura de los medios, éstos le dieron algo menos de importancia, pero la información fue más matizada y no tan catastrofista.

El incendio también se limitó a la subestación pero las consecuencias en el resto de la ciudad fueron muy importantes. Por ello, el ayuntamiento de Madrid decidió que, a través de los medios, había que lanzar una serie de mensajes para paliar las consecuencias del siniestro. Y así, se estableció pedir a los conductores y peatones que evitaran ciertas zonas de la capital donde no funcionaban los semáforos ni el alumbrado público. Ello pudo contribuir a evitar un mayor caos circulatorio y situaciones de pánico.

Incendio edificio Windsor (12-02-2005)

Como en los casos anteriores se lideró la crisis desde el principio, ofreciendo toda la información de la que se disponía, atendiendo a los medios "in situ" y por teléfono, facilitándoles entrevistas con técnicos y políticos hasta tres días más tarde. Los medios en general dieron una cobertura extraordinaria. La hora y el día en que se produjo (un sábado a las 23.30 aproximadamente) nos "ayudó". En los otros sinies-

tros tuvimos desde el principio numerosas llamadas, peticiones de entrevistas y de solicitud de información. En este caso, los medios tardaron en reaccionar porque o había poca gente en las redacciones o había programas en marcha que no se cortaron hasta que la magnitud del siniestro creció a medida que avanzaba la noche. Ello nos permitió conocer mucho mejor la evolución el incendio, acordonar la zona, situar a los primeros periodistas que llegaban para que tuvieran buena perspectiva del suceso, no corrieran peligro, no fueran un problema para los servicios de emergencia y tener uno o varios lugares de referencia para poder ofrecer ruedas de prensa periódicamente, aparte de la atención telefónica que fue constante durante en la noche en televisión, radio y agencias. En este caso también hubo una televisión que emitió casi íntegramente el incendio, pero que hasta bien entrada la noche, no requirió información del siniestro a los portavoces de emergencias, sino que un locutor iba narrando lo que veía a través de las imágenes que le ofrecían cámaras fijas.

Esa noche se dio un hecho curioso. Un programa dedicado a la prensa "rosa" interrumpió su guión para contar en directo el incendio. Requirió entrevistas con los portavoces de emergencias e incluso con los responsables municipales. Los habituales periodistas colaboradores, especializados en "noticias del corazón", se dedicaron esa noche a comentar los sucesos.

A pesar de que se trató de uno de los hechos más relevantes de la historia reciente de Madrid no hubo sensación de pánico entre los vecinos de la zona o el resto de madrileños porque desde muy pronto se supo exactamente lo que estaba ocurriendo.

Atentados del 11 de marzo de 2.004

Este caso fue muy diferente a los relatados anteriormente. Hubo serias dificultades para informar debido a los múltiples focos que se debían cubrir, al abundante número de víctimas pero sobre todo por los problemas para comunicarse a través de los teléfonos móviles, cuyas líneas cayeron debido a la saturación y a los inhibidores de las fuerzas de seguridad.

A pesar de estos problemas, se pudo determinar rápidamente los lugares donde habían estallado las bombas y hubo una coordinación entre ayuntamiento y Ministerio del Interior a la hora de ofrecer el número de heridos y fallecidos, que se dieron una vez que se confirmaban los datos. Nunca se hizo público a través de los medios de comunicación la identidad de las víctimas y no se entró en detalles a la hora de explicar las lesiones que presentaban. Aquí la información de "servicio público" que se difundió a la población a través de los medios fue de gran utilidad, indicando cómo podían los familiares recabar las identidades de las víctimas y dónde se encontraban, informando del lugar en el que se había instalado el improvisado tanatorio, haciendo llamamientos para que se donara sangre, etc.

Una vez conocidos los datos, oídas las manifestaciones de políticos y representantes sociales, testimonios de testigos o vecinos, llegó el momento en que los medios querían escuchar el relato de los profesionales que habían estado en el interior de los andenes. Se tuvo que esperar hasta pasado el mediodía para poder hablar con ellos debido al trabajo que estaban llevando a cabo. Antes de que empezaran a ofrecer sus testimonios a estos bomberos, sanitarios o policías se les aconsejó que describieran fielmente lo que se habían encontrado, en qué había consistido su trabajo y lo que habían sentido, pero que no entraran en valoraciones ni políticas ni sobre posibles autores del atentado porque ese no era su campo, ni en detalles especialmente truculentos de lo que se habían encontrado, por respeto a las víctimas y a sus familiares. Es decir, no se censuró la información, no se omitieron los detalles básicos, pero se evitó caer en el "amarillismo". Tampoco se difundió el material gráfico y de video grabado, que se remitió al juzgado que lleva el caso.

Estas peticiones para entrevistar a efectivos de SAMUR-Protección Civil, bomberos del ayuntamiento de Madrid o agentes de la policía municipal continuaron durante los días siguientes a los atentados, tanto en medios locales como de cualquier país del mundo. Se intentaron atender todas, llegando a contabilizar unas 500 entrevistas gestionadas por nuestra oficina hasta un mes después de los atentados.

Además del trabajo que llevamos a cabo para atender todas estas peticiones, había que buscar, y en muchos casos convencer, a los profesionales para que concedieran estas entrevistas. Muchos no querían hablar, bien por timidez, o porque preferían no recordar lo que vivieron. A medida que pasaban los días los policías, sanitarios o bomberos, eran cada vez más reacios a atender a los medios. Esta situación se repitió un año después, en el primer aniversario de los atentados, y aquí, a pesar de las reticencias de los profesionales, se volvieron a atender las cientos de entrevistas que se solicitaron.

A MODO DE CONCLUSIÓN

El trabajo que se desarrolló a consecuencia de los atentados del 11-M ha sido sin duda el más intenso con que se ha enfrentado nuestra oficina por la dimensión de la tragedia y por el volumen de atención a los medios que generó. Aquel triste día es sin duda uno de los mayores ejemplos de información en situación de crisis de que se puede hablar. Sirvió para reafirmarnos en algunos de los protocolos de actuación teóricos y para hacer autocrítica de lo que se podía mejorar a la hora de informar en siniestros de grandes proporciones.

Quizá la consecuencia más clara que podemos extraer de nuestro trabajo es que cuando se produce un suceso como los que se han relatado anteriormente, hechos de gran relevancia, muchas de las teorías que aparecen reflejadas en libros que versan sobre información de emergencias son difíciles de poner en marcha.

Sus autores hablan de crear gabinetes de crisis en los que participen las administraciones implicadas en el siniestro, que este gabinete nombre un portavoz único, que el portavoz difunda comunicados cuyo mensaje haya sido periódicamente aprobado por ese gabinete de crisis o que puntualmente se deben hacer conferencias de prensa. Los planes de emergencia desarrollados por las administraciones deben dar relevancia a la información y por ello establecen el nombramiento de un portavoz y la necesidad de establecer contactos con los medios de comunicación. Sin embargo, es complicado llevar a la práctica esta teoría en los primeros momentos de la emergencia, sobre todo en una ciudad como Madrid, donde en cuanto sucede algo de relevancia trasciende a los medios con una gran rapidez. Los periodistas exigen información rápida y constante y por tanto la respuesta de las administraciones no puede demorarse hasta crear gabinetes de crisis. Debe de haber portavoces preparados para que puedan responder en un corto espacio de tiempo a una petición de información con los criterios de los que hemos hablado antes, sobre todo para no crear situaciones de alarma injustificadas y recordando siempre la máxima de que “una población informada es una población segura”.

¿Qué es una crisis?

Oriol Güell
Periodista El País

La gestión de crisis es una función clave de los responsables de comunicación de las instituciones y administraciones sanitarias. No es la única, pues también deben ocuparse de otras tareas como la comunicación interna, generar noticias, mantener contactos con los medios de comunicación o elaborar de estrategias, entre otras. Pero las crisis son los episodios que pueden causar en un menor tiempo mayor daño a la imagen de un centro hospitalario o al conjunto del sistema sanitario. Por ello es importante empezar esta ponencia con una definición clara del concepto de crisis de comunicación en el sector sanitario, porque su adecuada gestión no sólo puede paliar las consecuencias negativas que ésta puede tener, sino que incluso puede convertirse en una oportunidad para mejorar la imagen de la institución en la que trabaja el responsable de comunicación.

Una crisis se desarrolla sobre dos elementos imprescindibles. El primero es la existencia de una noticia. El segundo es que esta noticia sea conocida por uno o más medios de comunicación. Una crisis no empieza cuando dos pacientes de un hospital mueren por una infección en un quirófano o cuando cientos de personas han resultado afectadas por un brote de tuberculosis. La verdadera crisis, informativamente hablando, empieza en estos dos casos cuando un periodista llama al jefe de prensa del hospital o de la Consejería de Sanidad preguntando por el asunto.

La existencia o no de una noticia no difiere en sanidad respecto a otras esferas de la sociedad. Como suele explicarse en las facultades de ciencias de la información, no es noticia que un perro muerda a un hombre. La noticia es que sea el hombre el que muerda al animal. En el mundo sanitario se traduce en que no es noticia que un hospital realice miles de operaciones quirúrgicas con éxito al año, como en realidad llevan a cabo todos los hospitales sin salir en los periódicos por ello. En la Comunidad de Madrid funcionan, sólo en el ámbito de la sanidad pública, 24 hospitales y casi 400 centros de salud y consultorios locales. Todos ellos juntos, diariamente, operan a más de mil ciudadanos, atienden varios miles de urgencias y más de cien mil madrileños son atendidos por su médico de cabecera o especialista. Todas ellas con resultado satisfactorio.

Sin embargo, y aunque pueda parecer injusto, en los últimos cuatro años sólo he utilizado estos datos en dos o tres noticias de las más de mil que he publicado. En cambio, decenas de informaciones destacadas han tenido como protagonistas a un médico que opera la rodilla sana de un paciente que sufría daños en la otra, a un brote infeccioso en una unidad de cuidados intensivos o al contagio de enfermedades como la hepatitis C dentro del hospital. Todos ellos son hechos noticiosos indudables que los medios tienen interés en ofrecer a su audiencia o lectores y a los que el responsable de comunicación deberá hacer frente.

Pero, como decíamos, no basta con que algo salga mal en un hospital para que nos encontremos ante una crisis. Si los medios no se enteran de ello, como sucede en ocasiones, no habrá crisis.

Lo importante de esta afirmación es que nos enfrenta a la cuestión clave en la gestión de crisis en el sector sanitario: una crisis no es una cuestión médica, es un asunto periodístico, que utiliza los lenguajes, tiempos y necesidades de los medios de comunicación. Y éstos, lógicamente, no coinciden con los de la institución sanitaria. Si el responsable de comunicación no entiende este último punto, lo más probable es que la crisis le desborde y acabe teniendo un impacto negativo sobre la institución en la que trabaja. Está abocado al fracaso cualquier intento de que los medios entren en una dinámica, la del lenguaje y los tiempos médicos, que no son los suyos.

Un brote de una enfermedad o una negligencia son, médicamente e informativamente, dos cosas bien distintas. La parte médica (investigar sus causas, su desarrollo y sus consecuencias) persigue el objetivo de conocer qué ha pasado y cómo es posible evitar que se repita en el futuro. Por ello se abre una investigación, se analizan cientos o miles de variables y se alcanzan unas conclusiones, lo que requiere de varios meses, un tiempo que los medios de comunicación ni los ciudadanos no están dispuestos a esperar.

Unos y otros quieren saber lo que está ocurriendo cuanto antes y con el máximo de información posible.

La función clave del responsable de comunicación es hacer compatibles ambos intereses, legítimos por otra parte. Para lograrlo, casi con toda seguridad se encontrará enfrentado a las dos partes, al periodista, por un lado, y a los médicos y gestores de la institución sanitaria, por el otro. Al periodista porque éste le pedirá, le exigirá, cuanta más información y cuanto antes mejor. A los médicos y gestores, por su parte, porque éstos tenderán a ocultar o retrasar parte de la información, alegando que la investigación aún está en marcha, que puede ser inconveniente darla a conocer o que es excesivamente técnica. Casi siempre, según demuestra la experiencia, todo ello defendido con el argumento de que es mejor ser prudente para no alarmar a la población.

UN EJEMPLO DE CRISIS

Veamos ahora un ejemplo que nos servirá para ilustrar la ponencia.

Ocho enfermos de cáncer resultaron contagiados de hepatitis C en un hospital público de Madrid en diciembre de 2003. Dos meses después, cuando varios de ellos empezaron a sufrir episodios de hepatitis aguda, el hospital abrió una investigación interna. Los primeros resultados indicaron dos meses más tarde que el origen del brote estaba en un bote de suero contaminado por el virus a causa de una negligencia cometida por una enfermera.

Nótese que en abril de 2004 el hospital ya disponía de información bastante cercana a la realidad, aunque los resultados definitivos (coincidentes con los iniciales) aún tardarían varios meses en confirmarse.

En este punto tenemos el primero de los dos hechos que conforman una crisis: estamos ante un hecho noticioso de gran interés para los medios y los ciudadanos atendidos por el hospital. ¿Cuántos enfermos han resultado contagiados? ¿Qué se ha hecho mal? ¿Está la situación controlada? ¿Se ha informado adecuadamente a los afectados? ¿Se han tomado las medidas oportunas para evitar nuevos contagios?

La crisis, podríamos decir, está latente. Hay un hecho con un poderoso potencial para convertirse en crisis, pero ésta aún no se ha desencadenado, pues nadie, a excepción de los médicos que investigan el caso, conoce el contagio. Como veremos, ni tan siquiera lo conocen los propios afectados, a los que se ha dicho que sufren una hepatitis pero no su origen.

La crisis, como tal, no empieza hasta el es de julio, cuando a la redacción de El País llegan las primeras informaciones de que varios enfermos de cáncer del hospital han sufrido un contagio de hepatitis C. La información se publica un sábado de julio y, en los días siguientes, el resto de diarios, radios y televisiones dedican grandes espacios a la información.

Un hecho hizo que los medios dedicaran mucho tiempo esta información: los enfermos afectados se enteraron del origen de su enfermedad por los propios medios de comunicación. Como veremos, esto fue un error que costó caro al hospital. Los pacientes se sintieron ofendidos con el centro, al que acusaron de ocultarles la causa de su enfermedad. Muchos de ellos salieron en radios, diarios y televisiones denunciando este hecho, lo que dio a los medios nuevos motivos para hablar del contagio, restó credibilidad al hospital e hizo pensar a muchos que los afectados eran más de los ocho que admitía el hospital.

UN EJEMPLO DE NO CRISIS

En verano de 2003, 23 personas resultaron contagiadas de sarampión en un brote de esta enfermedad en las urgencias de otro hospital público de la Comunidad de Madrid. El sarampión es una enfermedad muy molesta, pero generalmente benigna en niños. En adultos, sin embargo, puede dar lugar a numerosas complicaciones, sobretodo si se trata de personas mayores o con otras enfermedades. En este caso, la actuación del hospital fue la misma que con el contagio de la hepatitis C: abrir una investigación interna para aclarar el número de afectados, el origen del brote y para tomar las medidas oportunas para evitar nuevos contagios.

Un brote de sarampión en las urgencias de un hospital público también es una información, que en caso de llegar a los medios mientras está ocurriendo, recibirá un importante eco. En esta ocasión, sin embargo, pasó más de un año hasta que la redacción de El País tuvo conocimiento del brote, que había sido controlado en tres semanas. Dado el retraso, no se consideró adecuada su publicación.

Vemos en este caso como dos brotes que tuvieron el mismo impacto interno en los dos hospitales (apertura de una investigación, adopción de las medidas oportunas para evitar nuevos contagios, etcétera), tuvieron consecuencias externas muy dispares ya que en el segundo caso los medios de comunicación no tuvieron conocimiento a tiempo de lo que estaba sucediendo.

GESTIÓN DE CRISIS

El responsable de comunicación de una institución o administración sanitaria puede pensar, tras ver los dos ejemplos anteriores, que lo más conveniente para él es que los medios de comunicación no se enteren de los problemas que surgen en la sanidad. Pero no debería contar con ello. La sanidad pública es universal, lo que significa que todos los ciudadanos son sus usuarios. Cualquiera de los afectados puede llamar a algún medio para denunciar lo que le ha ocurrido, además de los miles de

trabajadores y decenas de sindicatos que también pueden tener interés en que la noticia trascienda a los medios. Las fuentes de información que utilizan los periodistas son muy amplias: revistas médicas donde se recogen muchos brotes, tribunales que juzgan las supuestas negligencias, relaciones personales con médicos, sindicatos o asociaciones de pacientes… Las posibilidades de que una noticia llegue a los medios son infinitas y lo más habitual es que cualquier cosa que ocurra en algún hospital o centro de salud acabe llegando de una forma u otra a oídos de algún periodista.

Más conveniente es que el responsable de comunicación dedique su tiempo a preparar lo que en el futuro puede llegar a ser una crisis. Como sucede en muchas otras cuestiones, cuando estalla a crisis se nota si se ha hecho o no un buen trabajo de preparación. Cuando llama el periodista ya es tarde para hacerlo y, sin una buena estrategia diseñada, el responsable de comunicación no tendrá los elementos a mano para evitar que la crisis le desborde. Pensemos sólo un momento en la avalancha de llamadas y peticiones de información que recibe un responsable de comunicación de cada uno de los diarios, radios, televisiones, agencias de información o revistas cuando trasciende un hecho noticioso. Apenas va a tener tiempo de hacer otra cosa que atenderlas y llevar a cabo el envío de información o la preparación de entrevistas con responsables del hospital o institución. Una situación angustiante si no dispone de un plan de actuación o estrategia a seguir.

El mejor consejo para gestionar una crisis es actuar con sentido común. No es difícil si se aplican unas pocas directrices lógicas y sencillas, pero claves para evitar que la crisis se acabe desbordando. Hay que tener en cuenta que no hay dos crisis iguales y que es imposible saber cuando éstas pueden desencadenarse, por lo que lo mejor que puede hacer el responsable de comunicación es estar preparado y actuar con sentido común en todo momento.

Para ello, como decíamos, es fundamental elaborar una estrategia previa. Ésta pasa primero por conocer qué es lo que ha ocurrido dentro del hospital, centro de salud o la institución que se trate. El responsable de comunicación debe conocer todo lo que ocurra en su institución, lo bueno y lo malo. Si la dirección le esconde lo malo, el responsable quedará a la merced de las llamadas de los periodistas y de una crisis que ya no podrá controlar porque habrá sido el último en enterarse.

El responsable debe ganarse la confianza de la dirección de la institución para que ésta confíe en él y le transmita toda la información susceptible de convertirse en crisis en el futuro. Así, el responsable podrá trabajar con tiempo, diseñar un plan de actuación y aplicarlo en caso que un periodista le llame preguntando por lo que ha ocurrido. Si luego no llama ningún periodista, el plan se archiva y crisis (o no-crisis) resuelta.

Diseñar la estrategia a seguir no es difícil: definir unos pocos mensajes claros, sencillos de entender y veraces y decidir quién va actuar de portavoz.

Hemos dichos que no hay dos crisis iguales, pero en todas ellas sí hay un elemento común que es fundamental: que el periodista confíe en el responsable de comunicación, en que este le está ofreciendo toda la información a su alcance y que no debe dudar de lo que le dice.

En ocasiones, el responsable de comunicación puede caer en la tentación de ocultar parte de la información o intentar despistar al periodista con datos que no son falsos pero sí medias verdades. Es muy arriesgado hacerlo. Si el periodista siente que está actuando de esta manera, no va confiar más en él y sí mucho más en lo que le dicen las otras partes (pacientes descontentos, sindicatos u otras fuentes) que siempre van a ofrecer la peor versión de la crisis.

Si nos ganamos la confianza del periodista, podremos conocer qué información maneja, qué versiones le están ofreciendo las otras partes y, con ello, actuar en consecuencia y para defender los intereses de la institución.

En caso como el del contagio de la hepatitis C, los mensajes a transmitir al periodista deberían ser los siguientes:

1.- Admitir lo ocurrido. Negarlo o ponerlo en duda sólo hará que el periodista pierda la confianza en el responsable de comunicación, busque la información por otras fuentes y acuse al hospital de intentar ocultar el brote. Nunca se logrará con este

2.- Dejar claro que se han adoptado las medidas adecuadas, que los afectados han recibido la atención necesaria y que no hay riesgo de nuevos contagios. No dudar en explicar o poner en contacto al periodista con algún responsable del hospital para que le explique con detalle toda la labor realizada. El periodista sentirá así que está recibiendo toda la información, que el hospital está actuando de forma responsable y así lo incluirá en su información. Esto, a su vez, tranquilizará a los ciudadanos y usuarios del hospital, que no tendrán motivos para dudar de la información que reciben.

Todo ello debe hacerse, además, en un lenguaje sencillo y comprensible. El periodista puede conocer o no los términos médicos o técnicos. Si el responsable de información los utiliza, se arriesga a que el periodista los utilice inadecuadamente en su información. Cuando se quiera rectificar, es decir, cuando la noticia ya ha sido divulgada, será tarde. Para evitarlo, lo mejor es dar margen de error o mala interpretación, voluntaria o no, al periodista. Los hechos deberán serle contados de forma clara, sencilla y con lenguaje comprensible. También se le ofrecerá la posibilidad de aclarar cualquier duda o ampliar información con algún especialista.

En el caso del contagio de hepatitis C, el hospital cumplió con la mayoría de estos preceptos, pero olvidó uno: comunicar el origen del contagio a los afectados. Esto revela un fallo en la estrategia y trabajo previo que hemos comentado anteriormente. Aunque no comunicar el origen del brote es en principio una decisión médica, si hubiera existido una comunicación fluida y de confianza entre médicos y responsable de comunicación, éste último les habría advertido de los peligros y riesgos que

conllevaba no haber informado a los enfermos afectados. Les hubiera explicado que, en caso de enterarse del origen de su contagio por los periódicos, los afectados podían sentir con razón que el hospital les había ocultado una información importante. Médicos y responsable de comunicación, con meses de antelación, podrían haber preparado entonces una estrategia para informar a los afectados del contagio. Meses más tarde, cuando la noticia fue publicada, su impacto hubiera sido mucho menor porque el hospital habría dado la imagen de haber actuado con celeridad y prestando a los afectados toda la atención e información que necesitaban.

3.- Destacar la seguridad del hospital con las nuevas medidas adoptadas. El periodista, y cualquier ciudadano pueden entender que entre los cientos de miles de actos médicos que realiza al año un hospital, alguno pueda salir mal. No es deseable, pero sí hasta cierto punto inevitable. Por ello, periodistas y ciudadanos juzgarán más al hospital por su reacción ante el problema que por la existencia del problema mismo. Por ello, un hospital que admite su error, que explica con claridad lo que ha ocurrido y adelanta las medidas que ha adoptado para que no se repita inspirará mucha más confianza que otro que intente ocultar los hechos. Con ello, el responsable de comunicación puede convertir lo que en principio es una crisis, en una oportunidad de mejorar la imagen del centro ante sus pacientes.

En el caso de este hospital, las quejas de los enfermos y la repetida denuncia de los medios de comunicación llevó a la Consejería de Sanidad de Madrid a intervenir directamente en el caso. El consejero, Manuel Lamela, se reunió con los afectados y, en un hecho sin precedentes en la sanidad pública madrileña, acordó rápidamente unas indemnizaciones con los afectados. Una reacción acertada, pero tardía y que no borró del todo la imagen de que el hospital había actuado con oscurantismo y poca transparencia.

En las mismas fechas que saltó la noticia del brote de hepatitis C en un hospital de Madrid, otro hospital de Barcelona tuvo que hacer frente a una situación casi idéntica. Pero obtuvo resultados mucho mejores. El hospital investigó el caso, informó de los resultados a los tres afectados y acordó con ellos el tratamiento y las indemnizaciones. Sólo cuando todo ello estaba hecho, fue hecha pública una nota en la que se ofrecía un breve resumen de lo ocurrido y una explicación de las medidas adoptadas.

El resultado fue que todos los periodistas confiaron en el hospital y le dieron poca importancia al caso. La información publicada fue escasa y en ella se mostraba una imagen responsable y acertada del hospital. En el caso de Madrid, la noticia estuvo casi todo el verano copando amplios espacios en los medios de comunicación.

Publicidad de drogas legales y su impacto en el consumo: el caso del tabaco

Teresa Salvador

Consultora indepediente en promoción de la salud

INTRODUCCIÓN

El consumo de alcohol y tabaco constituyen dos fenómenos sociales dinámicos, que tienen algunos puntos en común. Las principales coincidencias entre ambos tipos de consumo son: su carácter dinámico; el elevado coste sanitario y social que ambos consumos generan en términos de mortalidad evitable y morbilidad; y el hecho de que en ambos casos se trata del consumo de dos sustancias psicoactivas –es decir, con capacidad para crear dependencia– que por su antiguo arraigo en nuestra cultura son de uso legal, a diferencia de otras drogas históricamente ajenas a nuestra cultura, pero con capacidad adictiva parecida, cuyo estatus en nuestra sociedad es ilegal.

Se trata de dos fenómenos dinámicos, es decir no estáticos, cuya disminución o cuyo incremento dependen en gran medida de factores ajenos a la propia sustancia, de carácter básicamente económico y político. Sin embargo la dimensión y el impacto de ambos consumos no es equiparable, y tampoco lo son algunas de las dinámicas que influyen en el consumo de las dos sustancias.

Por este motivo, y debido al espacio limitado disponible, en este tema se opta por analizar en detalle los aspectos relacionados con la publicidad del tabaco, su impacto y la necesidad de su regulación, en base a la evidencia actualmente disponible.

1. El tabaquismo es la 1ª causa de enfermedad, invalidez y muerte prematura evitable en España

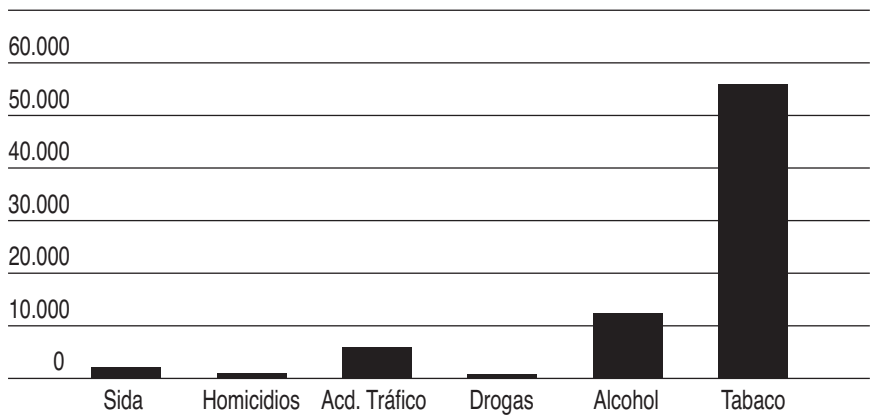
El tabaco en nuestro país es en la actualidad la primera causa aislada de enfermedad evitable, invalidez y muerte prematura. Cada año, más de 56.000 personas mueren prematuramente en España debido al consumo de tabaco[1,2], la mitad han perdido una media de 20 años de vida. Muchas más personas y familias ven seriamente disminuida la calidad de los años vividos, también a causa del uso del tabaco[3,4].

Como muestra la Figura 1, la mortalidad debida al tabaquismo (muertes: 55.613), supera en más del doble, la mortalidad global debida a las siguientes causas[5,6,7]:

- SIDA (muertes: 1.611);
- homicidios (muertes: 433);
- accidentes tráfico vehículos a motor (muertes: 5.456);
- mortalidad atribuible al alcoholismo (muertes: 11.952);
- trastornos mentales debido al uso de alcohol (muertes:283);
- trastornos mentales debido al uso de drogas: toxicomanía y drogodependencias (muertes:127);
- mortalidad por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas en el conjunto de todas las áreas monitorizadas (muertes: 444);

En resumen, el tabaquismo es desde mediados del S. XX un problema sanitario de dimensiones epidémicas que se manifiesta en mortalidad prematura (primera causa de muerte evitable en nuestro país), deterioro de la calidad de vida e importantes costes económicos y sociales para nuestra sociedad.

Figura 1. Diversas causas de mortalidad anual en España en todas las edades y ambos sexos



Fuentes: INE 2002; Observatorio Español de Drogas. 2002; Banegas et al., 2001.

Y el problema ha llegado a tener esta dimensión epidémica debido a una política económica mantenida por el gobierno español durante décadas, que ha permitido que los intereses de la industria del tabaco primaran por encima de los derechos de protección de la salud de la población. Por ello, es urgente corregir estos privilegios históricos de los que se ha beneficiado el sector productor y comercializador de tabaco, regulando de forma eficaz todos los aspectos relacionados con su venta y comercialización, de acuerdo al compromiso adquirido por España al ratificar el Convenio Marco para el Control del Tabaquismo impulsado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

2. Al igual que cualquier otro producto altamente peligroso, las formas de comercialización y promoción del tabaco deben estar estrictamente reguladas.

Nuestra sociedad dispone de medidas legislativas protectoras que regulan severamente la publicidad de determinados productos, de venta legal, por los riesgos que conllevan para la salud y la seguridad de las personas[8,9]. Por ejemplo: los medicamentos sujetos a prescripción médica, las armas de fuego, los productos químicos tóxicos de uso industrial o militar, los fuegos artificiales, etc.

El tabaco es la única sustancia, altamente dañina para la salud humana, de la que en España se puede hacer promoción, incluyendo la publicidad directa, la publicidad encubierta, el *"product placement"* y la práctica del patrocinio.

Ello no significa que el tabaco deba prohibirse. Ilegalizar el tabaco sería una medida totalmente inapropiada, dado que crearía más problemas que los que pretende evitar.

3. La publicidad de tabaco sirve para reclutar nuevos fumadores entre los menores

Como cualquier otra industria, la industria del tabaco invierte en publicidad y promoción por que es una de las forma eficaces para promover su mercado. Aunque las encuestas[10,11,12] muestran que todos los españoles saben que el tabaco hace mucho daño, la alta prevalencia del tabaquismo en España se mantiene debido a tres factores básicos:

- El bajo precio del tabaco. Los cigarrillos han sido tradicionalmente, y continuan siendo, un producto muy barato en España. Durante varias décadas se produjo en España una constante disminución del precio relativo de los productos del tabaco: en relación con el IPC, una cajetilla de cigarrillos costaba la mitad en 1980 que en 1960[13]. A pesar del incremento en los precios desde la incorporación de España a la UE, nuestro país no alcanzó hasta 1995 el nivel mínimo de imposición estipulado por las Directivas europeas de impuestos sobre los productos de tabaco. Y todavía hoy, España mantiene una carga fiscal sobre el tabaco de las más bajas de la UE en relación a nuestra riqueza[14,15].

- La naturaleza adictiva de la nicotina, factor responsable de que una vez se inicia el consumo, hace enormemente difícil dejar de fumar[16]. Por ello, la OMS incluye en la lista de desórdenes causados por drogas psicoactivas a la dependencia a la nicotina[17].
- Las estrategias de publicidad, promoción y patrocinio del tabaco. Las inversiones económicas que se realizan para promover el consumo y mantener así el volumen del negocio del tabaco se incrementan de forma constante[18]. A pesar de las crecientes previsiones legales desarrolladas para reducir las publicidad del tabaco desde finales de la década de los años 80 y que se hallan señaladas en:
  - *La Ley 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad*. Prohíbe la emisión de publicidad del tabaco y de bebidas con una graduación alcohólica elevada (superior a veinte grados centesimales) en televisión, así como la publicidad de estos productos en aquellos lugares donde esta prohibida su venta o consumo.
  - *La Ley 25/1994, de 12 de julio, trasposición de la directiva 89/552/CEE*. Define como ilícita la publicidad que atente contra la dignidad de la personas y los valores y derechos reconocidos en la Constitución, la publicidad engañosa, desleal y subliminal, considerando ilícita la publicidad por televisión que fomente comportamientos perjudiciales para la salud o la seguridad de las personas. De igual modo, prohíbe en televisión cualquier forma, directa o indirecta, de publicidad de cigarrillos.

Estas restricciones generales han sido ampliadas durante los últimos años por normas legales complementarias aprobadas por varias CC.AA., y que hacen referencia a los destinatarios de la publicidad y la utilización de ciertos medios y espacios para la emisión de publicidad y promoción. En este ámbito autonómico y en relación al tabaco, algunas CC.AA. han prohibido:

- El envío o distribución a menores de edad de muestras, carteles, o demás productos que supongan una publicidad indirecta de tabaco.
- La publicidad mediante mensajes, escritos o telefónicos, enviados a domicilios.
- La publicidad emitida a través de emisoras de radio ubicadas en algunas CC.AA., o la publicidad en la radio en determinadas franjas horarias.
- La publicidad en cualquier medio o soporte de titularidad pública o financiado mayoritariamente con fondos públicos.
- La publicidad en la primera página de periódicos y revistas destinadas a deportes, pasatiempos o secciones orientadas a menores de edad.
- La publicidad en cines o teatros (salvo en sesiones dirigidas a adultos o de carácter nocturno).
- Determinadas zonas o espacios públicos como auditorios, transportes públicos y estaciones, centros sanitarios, centros docentes y de servicios sociales o sociosanitarios, centros y dependencias de las Administraciones Públicas, instalaciones deportivas, centros o lugares destinados a menores, playas, piscinas, centros recreativos y de ocio para menores, publicidad en mobiliario urbano situado en los alrededores de centros educativos, etc.

A pesar de estas crecientes restricciones legales impuestas por algunas CC.AA. y otras desarrolladas por diversos Ayuntamientos, las inversiones en publicidad directa han continuado creciendo en nuestro país en los últimos años. La inversión total en publicidad directa de tabaco aumentó en España un 108,8% en cinco años, mientras la inversión directa en el mercado publicitario global en nuestro país aumentó solamente un 31% (Tabla 1). Y el incremento medio anual de la inversión publicitaria en tabaco en este mismo periodo (1995-2000) fue del 21,8%, frente al 6,2% observado en la inversión publicitaria general[19].

Tabla 1. Evolución global de la inversión publicitaria y de los sectores de bebidas alcohólicas y tabacos. España, 1995-2000. (miles de pesetas).

Años	Inversión global en publicidad directa de tabaco	Total mercado publicitario
1995	5.744.380	1.287.480.067
1996	5.572.132	1.329.879.895
1997	7.330.475	1.466.841.765
1998	10.138.758	1.536.722.460
1999	10.699.742	1.572.113.646
2000	11.993.726	1.687.103.545
Evolución 1995-2000	+ 108,8%	+ 31%

Fuente: INFOADEX, 2003.

El único efecto comprobado de las restricciones legales aprobadas en este ámbito hasta ahora en España ha sido el haber promovido un cambio en los soportes o medios a través de los cuales se canaliza la publicidad, con un importantísimo crecimiento de la publicidad exterior (vallas publicitarias y mobiliario urbano), un tipo de publicidad que por su naturaleza no discrimina en cuanto a sus destinatarios, y que llega sin restricciones a niños y adolescentes. Además, se han incrementado el resto de estrategias de promoción: publicidad indirecta o subliminal, patrocinio de eventos especialmente dirigidos a público adolescente, distribución gratuita de cigarrillos en entornos de ocio infantil y juvenil, *"product placement"* en series televisivas de alta audiencia infantil y juvenil, películas, etc.[20].

Las estrategias de promoción y patrocinio del tabaco son eficaces[21] para:

- Animar a los niños y adolescentes a experimentar con el tabaco, y promover que tras un breve periodo de consumo experimental, pasen a depender del tabaco.
- Promover que las personas adultas que fuman incrementen su consumo.
- Reducir la motivación para dejar de fumar entre las personas que fuman.
- Contribuir a que quienes han conseguido dejar de fumar recaigan.
- Desincentivar el debate social amplio y abierto respecto a los factores que promueven el tabaquismo, debido a los ingresos en publicidad que reciben los grandes grupos de comunicación social, y como consecuencia: consiguen velar ante la opinión pública información relevante sobre[22,23]:

  a) La dimensión real del riesgo causado por el consumo de tabaco, comparado con otros riesgos menores pero que despertaban mayor alarma social.

  b) El análisis de los factores económicos condicionantes del aumento exponencial del consumo, en todos los países industrializados durante el S. XX.

  c) El impacto en la salud de las personas que no fuman de la exposición al aire contaminado por humo de tabaco (ACHT).

  d) La posibilidad real para todos los fumadores de dejar de fumar, y las consecuencias positivas de la abstinencia.

  e) Los costes sociales y económicos impuestos a toda la sociedad, no por los fumadores, sino por la industria tabaquera.

  f) El hecho de que la mayoría de personas que fuman, están a favor del desarrollo de políticas que regulen la venta, la promoción y el consumo público de tabaco.

  g) La exportación de tabaco a los países en vías de desarrollo como un factor que agudiza las diferencias entre países ricos y pobres.

  h) El éxito de los países que antes empezaron a aplicar políticas de prevención y control del tabaquismo, medible en términos de reducción de la mortalidad atribuible al tabaquismo, el aumento de la esperanza de vida, y el aumento de la calidad de los años vividos.

  i) Generar la oposición abierta a cualquier medida de regulación entre los sectores que dependen de las inversiones en promoción y patrocinio (ámbito deportivo, giras musicales, programas radiofónicos...).

  j) Promover un clima social en el cual el uso del tabaco se percibe como aceptable, minusvalorando los mensajes sobre la peligrosidad del tabaco para fumadores y para no fumadores expuestos al aire contaminado por humo de tabaco.

En este marco, las estrategias de promoción del tabaquismo constituyen uno de los factores que influyen significativamente en el aumento del consumo. Un factor promotor que se puede controlar mediante regulaciones estrictas[24].

4. La prohibición de la publicidad y las estrategias de promoción, es una medida eficaz para proteger a los niños y adolescentes de las actuales presiones que fomentan su incorporación al mercado de tabaco.

Cada día dejan de fumar unas 480 personas en España: unas al fallecer debido al tabaquismo, otras simplemente por que consiguen dejar de fumar preocupadas por sus efectos presentes o futuros[25]. Para mantener su negocio, la industria tabacalera necesita reclutar cada día, como mínimo, un volumen equivalente de nuevos fumadores.

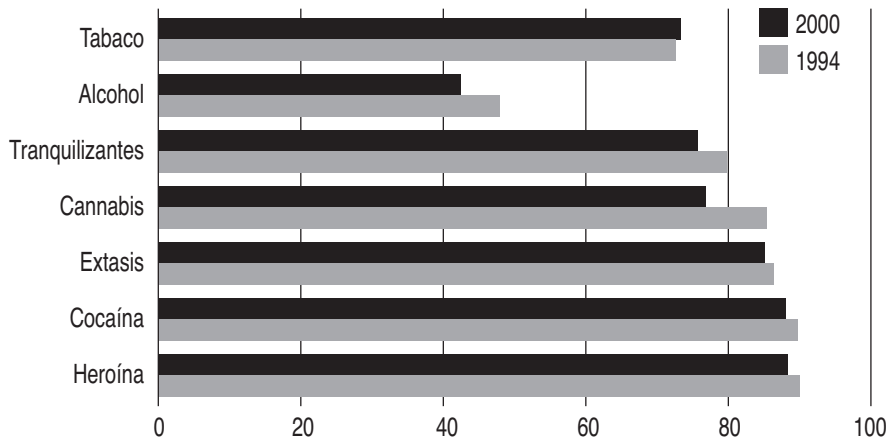
Apenas hay adultos que empiecen hoy a fumar: son los menores de edad, de 13 a 17 años, los que lo hacen, de forma muy irracional, identificando la experimentación con el tabaco con el hacerse mayores. La publicidad y el resto de estrategias de promoción y patrocinio refuerzan este proceso, al presentar el fumar como algo normal entre los adultos, y vincular el tabaco a los valores juveniles: disfrute de la vida, diversión, sociabilidad, desinhibición, libertad, rebeldía, inmediatez, disfrute de presente, autoafirmación personal, inicio y simulación de la vida adulta, señas de madurez, capacidad de seducción y éxito sexual, rendimiento deportivo, hedonismo, etc[26].

Para asegurar sus actuales beneficios en España, sustituyendo a las personas que dejan de fumar y a las que mueren por causa del consumo de tabaco, la industria del tabaco necesita reclutar cada año a más de 175.000 nuevos clientes. Para ello, concentra sus esfuerzos publicitarios en los menores. Por ello, utiliza estrategias de comunicación que llegan eficazmente a la población más joven y vulnerable: la publicidad directa, la publicidad encubierta y/o el patrocinio, utilizando:

- canales y contextos atractivos para los jóvenes: los programas de radio de alta audiencia juvenil (radiofórmulas musicales); el cine; los conciertos de música de alto interés entre los grupos más jóvenes; las series televisivas; los deportes, espacios lúdicos en Internet, etc.
- mensajes que van ligados a los deseos de los más jóvenes de: sortear prohibiciones, planteando falsas asociaciones entre el uso del tabaco y el éxito en las relaciones sexuales, el atractivo personal, el glamour, la igualdad de género, el hedonismo, la rebelión, el éxito en el deporte, la aventura, etc. Por ello también, las estrategias de promoción se asocian además a los deportes de aventura y competición.

Desde comienzos de los años 80 en España se ha ido generalizando la aplicación de programas preventivos de base escolar. Entre otros objetivos, estos programas pretenden contrarrestar la influencia de la publicidad en la población infantil y adolescente, intentando cambiar actitudes y conductas en relación al consumo de tabaco, alcohol y otras drogas, así como asegurar un adecuado conocimiento de cada droga y de los riesgos asociados a su uso. Entre los resultados obtenidos tras más de 10 años de inclusión de estos contenidos educativos en el ámbito escolar, se observa que entre los estudiantes españoles de Secundaria de 14 a 18 años:

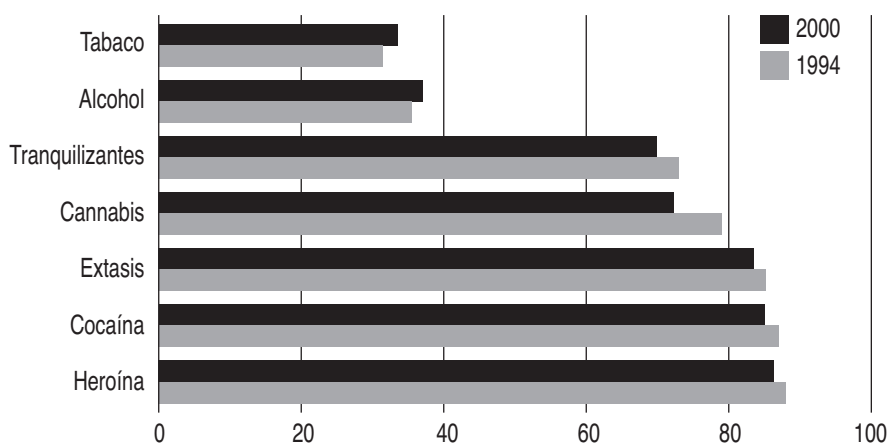
Figura 2. Evolución del riesgo percibido en relación al consumo habitual (*) de distintas drogas entre los estudiantes de Secundaria (porcentajes de escolares que piensan que esa conducta puede causar bastantes o muchos problemas). España, 1994-2000.



(*) Fumar un paquete diario de tabaco, tomar 1 ó 2 cañas /copas al día o consumir las restantes sustancias una vez por semana o más frecuentemente.

Fuente: Encuestas sobre Drogas a Población Escolar 1994 y 2000. DGPNSD.

Figura 3. Evolución del rechazo entre los estudiantes de Secundaria al consumo habitual (*) de las distintas drogas (porcentajes de escolares que rechazan cada conducta). España, 1994-2000.



(*) Fumar un paquete diario de tabaco, tomar 1 ó 2 cañas /copas al día o consumir las restantes sustancias una vez por semana o más frecuentemente.

Fuente: Encuestas sobre Drogas a Población Escolar 1994 y 2000. DGPNSD.

- Se ha conseguido una importante percepción del riesgo asociado al uso de tabaco y otras drogas (Fig. 2), aunque el riesgo asociado al uso de tabaco, no se corresponde con el impacto sanitario del tabaquismo, muy superior al generado por el resto de drogas juntas (alcohol y drogas ilegales).
- Y sin embargo, es mucho menor el rechazo que genera el consumo habitual de tabaco, de hecho, de acuerdo a estos datos, se trata del consumo percibido como más normal entre los adolescente de nuestro país (Fig. 3).

Aunque la industria del tabaco niega sistemáticamente dirigirse al público infantil y adolescente[27], el análisis de los documentos internos desclasificados por orden judicial en EE.UU. de América, muestra que las multinacionales del tabaco han trabajado durante años con las agencias de publicidad para desarrollar campañas dirigidas a los segmentos de población más jóvenes.

Estos documentos revelan que las compañías invierten en promoción, no solo para promover los cambios de marca entre los consumidores, sino también para incrementar el número de consumidores entre los grupos que todavía no consumen: niños y adolescentes[28]. La industria del tabaco misma es quien califica a la población de entre 14 y 24 años como "el negocio de los cigarrillos del mañana"[29]. Todos estos documentos desclasificados pueden consultarse en: www.tobaccopapers.com

A pesar de todo, la industria tabacalera sigue manteniendo que la publicidad sirve exclusivamente para reorientar el mercado adulto, es decir para influir sólo entre las personas que ya consumen para orientarles a cambiar de marca. Este argumento es insostenible en España, dado que Altadis, controla el 99% de la distribución del mercado de tabaco en nuestro país[30] y por tanto, es difícilmente creíble su posible interés en la orientación del mercado hacia unas determinadas marcas.

Cuando se ha estudiado la relación entre el consumo de tabaco por parte de niños y adolescentes y la publicidad, se ha observado que los niños y los adolescentes son mucho más sensibles que los adultos a los mensajes que van acompañados de imágenes, viñetas y fotografías[31,32,33], y que la exposición a la publicidad durante la infancia se relaciona positivamente con la conducta posterior de fumar[34,35,36,37,38,39,40].

También existe evidencia de que la población infantil y adolescente es tres veces más sensible a las estrategias de promoción que los adultos[41].

En 1992 una encuesta realizada por el Instituto Gallup, señalaba que el 50% de los adolescentes fumadores y un 25% de los adolescentes no fumadores tenían en su poder al menos un objeto promocional de tabaco[42].

En países donde se hacen públicos los datos de inversión en actividades de promoción y patrocinio se sabe que el incremento de la inversión por estos conceptos es constante cada año y supera el incremento de la inflación, llegando a incrementos de hasta el 122%[43]. También se ha observado que la influencia de las estrategias de promoción es superior a la influencia que ejerce la presión del grupo de amigos[44].

Por todo ello, en la situación legal actualmente vigente en España, el inicio y mantenimiento del consumo de tabaco no son actos de libertad sino el resultado de una estrategia de mercado muy bien medida. Y hay que señalar que la mitad de los adolescentes que ahora se inician en el consumo de tabaco y no logren dejarlo, morirá por causa del tabaco.

5. Las leyes que prohíben la publicidad, la promoción y el patrocinio de tabaco son eficaces

Diversos sectores sociales señalan que no se ha podido probar que las leyes que prohíben la publicidad y promoción del tabaco sean eficaces para disminuir el consumo. Sin embargo, existen diversas formas para medir el impacto de tales prohibiciones:

A) *Analizando la relación entre las inversiones en publicidad y el consumo de tabaco.*

La mayor parte de estudios econométricos realizados en este ámbito han encontrado que el incremento de las inversiones en publicidad, promoción y patrocinio, incrementa la demanda de cigarrillos, mientras las leyes que prohíben estas estrategias contribuyen a la reducción del consumo de tabaco. Un meta-análisis realizado a partir de 48 estudios econométricos, encontró que las estrategias de publicidad y promoción incrementan significativamente las ventas de cigarrillos[45].

B) *Comparando el consumo dentro de un país, antes y después de la aplicación de la ley de prohibición.*

Un informe do por el Asesor Económico del Departamento de Salud del Reino Unido realizado en 1992, para revisar la evidencia sobre el impacto de la aplicación de leyes de prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio, seleccionó a cuatro países por haber desarrollado un sistema eficaz de seguimiento y control del cumplimiento de dichas previsiones legales: Noruega, Finlandia, Canadá y Nueva Zelanda. En todos estos países se disponía de los datos suficientes para poder realizar una evaluación empírica del impacto de la aplicación de la Ley. El estudio concluyó que en estos países, la reducción del consumo de tabaco se situaba entre un 4% y un 16%, una disminución que no podía ser atribuida a otros posibles factores de confusión[46].

Cinco años después, en un informe de la Unión Internacional Contra el Cáncer (UICC), se volvió a revisar la situación en los mismos países considerados por el informe del Reino Unido, excepto en Canadá, dado que Canadá se hallaba en 1996 en una situación de "vacío legal" debido a la decisión de la Corte Suprema de Canadá de 21 de Septiembre de 1995 que abolió la ley de 1988, ley que posteriormente fue reemplazada por la de Abril de 1997.

En este análisis de la UICC, Canadá fue reemplazado por Francia, que había introducido su Ley de prohibición de publicidad, promoción y patrocinio el 1 de Enero de

Tabla 2. Evolución del consumo per capita de tabaco en varios países desde la implementación de una ley prohibiendo la publicidad, la promoción y el patrocinio de tabaco

País	Fecha de implementación de la ley	Disminución del consumo hasta 1996
Noruega	1 de Julio de 1975	-26%
Finlandia	1 de Marzo de 1978	-37%
Nueva Zelanda	17 de Diciembre de 1990	-21%
Francia	1 de Enero de 1991	-14%

Fuente: Joosens, 1997.

1993 (Loi Evin). Nuevamente en los cuatro países analizados el consumo per capita de cigarrillos en población general (de 15 años o más) había disminuido entre un 14% y un 37% desde la fecha de la aplicación de la legislación en los distintos países estudiados (Ver Tabla 2). En tres de los cuatro países analizados, la prevalencia del tabaquismo entre los adolescentes había disminuido, mientras en uno había permanecido estable.

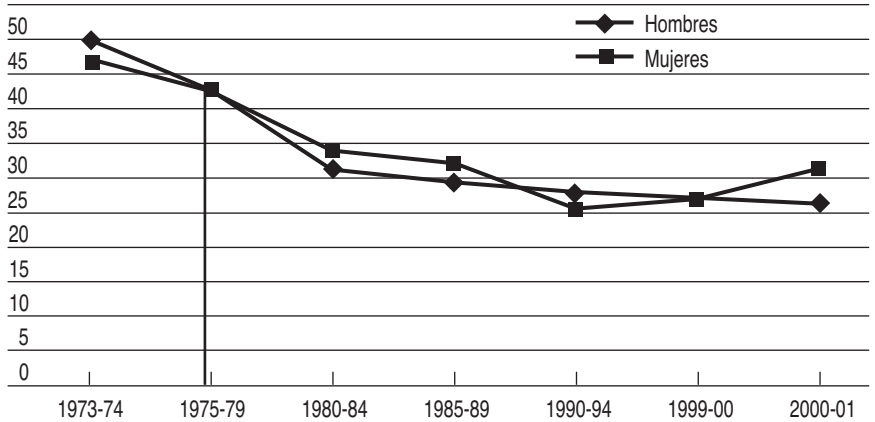
La conclusión de la UICC fue que las leyes comprehensivas de prohibición de publicidad, promoción y patrocinio, son eficaces cuando son aplicadas de forma eficaz y, además forman parte de una política más amplia de prevención y control del tabaquismo[47].

Como se acaba de comentar, el primer país europeo en implementar una ley de prohibición de publicidad, promoción y patrocinio de tabaco fue Noruega. Por esta razón es interesante analizar la evolución de la prevalencia de fumadores diarios en aquel país y en los distintos grupos de población. Desde 1973 hasta 2001 el consumo en varones adultos (entre 45 y 64 años de edad) disminuyó en un 35%. Y la prevalencia global del consumo en varones de población general (entre 16 y 74 años) se redujo al 30,3%, mientras en las mujeres de población general (entre 16 y 74 años) se situó por primera vez por debajo del 30% (29,3%), siendo la media de cigarrillos consumidos: 14 cigarrillos/día en varones y 11,2 cigarrillos/día en mujeres. Y lo que es más importante, la disminución de la prevalencia en jóvenes de 16-24 años, de ambos sexos, fue constante durante 20 años, desde la aplicación de la Ley[48] (Ver Figura 4).

C) ***Comparando las tendencias en la prevalencia del consumo en distintos países del mundo que han aplicado dichas políticas y otros que no lo han hecho.***

Un estudio encargado por el gobierno de Nueva Zelanda analizó las tendencias del consumo de tabaco con la aplicación o no de leyes de prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio en 33 países entre los años 1977-1986. El estudio mostró que cuanto mayor era el grado de regulación de la promoción y el patrocinio, mayor era la reducción anual del consumo de tabaco[49]. Conclusiones parecidas se encontraron en un estudio longitudinal realizado la "Organización de Cooperación y Desarrollo Económico" (OCDE), y que analizó la relación entre consumo y aplicación de una ley de prohibición total de publicidad y patrocinio en 22 países de la OCDE, durante el periodo comprendido entre 1960 y 1986[50].

Figura 4. Porcentaje de fumadores jóvenes que fuman diariamente, según sexo y edad (16 a 24 años), en Noruega (1973-2001).



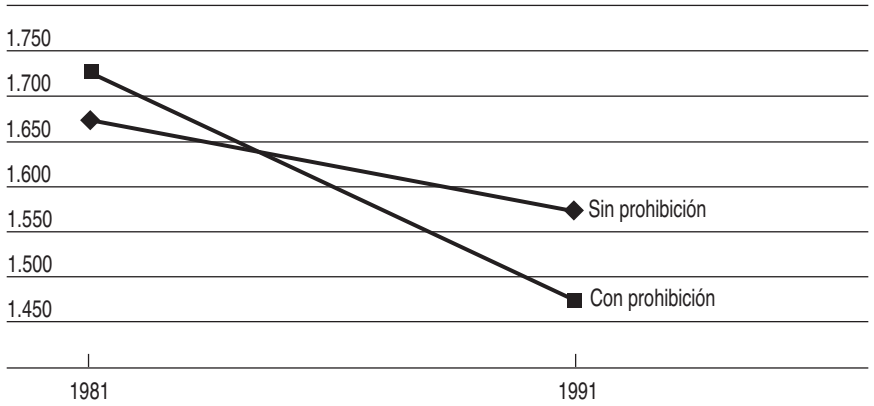
Fuente: Bjartveit, 2003

En este marco, y tras más de 20 años de aplicación de políticas de prohibición de la publicidad, la promoción y el patrocinio en diversos países del mundo, actualmente existe suficiente evidencia científica para sostener que una política global que prohíba todo tipo de publicidad directa e indirecta, así como estrategias de promoción y actividades de patrocinio de tabaco, contribuye a una reducción media de la prevalencia del tabaquismo en torno al 7% anual[51,52]. La Figura 5 muestra esta evidencia.

A la luz de todos los datos disponibles sobre el tema, actualmente se puede concluir que una ley amplia que incluya prohibiciones de publicidad, promoción y patrocinio es eficaz para reducir el consumo de tabaco, pero leyes limitadas de la publicidad tienen un efecto muy limitado o ningún efecto sobre el consumo. Así mismo, un efecto añadido de las políticas de prohibición de la publicidad, la promoción y el

patrocinio de labores y marcas de tabaco, es contribuir a que la conducta de fumar deje de verse asociada a valores sociales positivos y deseables, especialmente para los niños, adolescentes y jóvenes, que como ya se ha comentado es uno de los aspectos todavía no resueltos en España[53].

Figura 5. Comparación del consumo de tabaco entre países com prohibición de publicidad, promoción y patrocinio y países sin prohibición



Nota: El análisis que muestra esta Fig. 4 incluye a 102 países, con prohibiciones generales amplias de la publicidad del tabaco y sin ellas. La situación legislativa se compara en relación con los datos sobre el consumo per cápita de cigarrillos en adultos de 15 a 64 años, ponderados según la población, entre 1980-1982 y 1990-1990. El punto de partida del consumo de cigarrillos de los países con prohibiciones generales amplias fue mayor que en los países sin prohibiciones, pero al final del período presentan tasas de consumo inferiores. El cambio se debe a la mayor proporción del descenso del consumo en el grupo con prohibición.

Fuente: Saffer, 2000.

Otro aspecto destacable cuando se estudia la eficacia de las leyes de prohibición de publicidad, promoción y patrocinio en territorios con este tipo de legislación, comparándolos con otros territorios sin esta previsión legal, es que su eficacia se incrementa cuando esta legislación va acompañada de otras medidas favorecedoras de la prevención y el control del tabaquismo, en especial cuando se acompaña de una política que incluya:

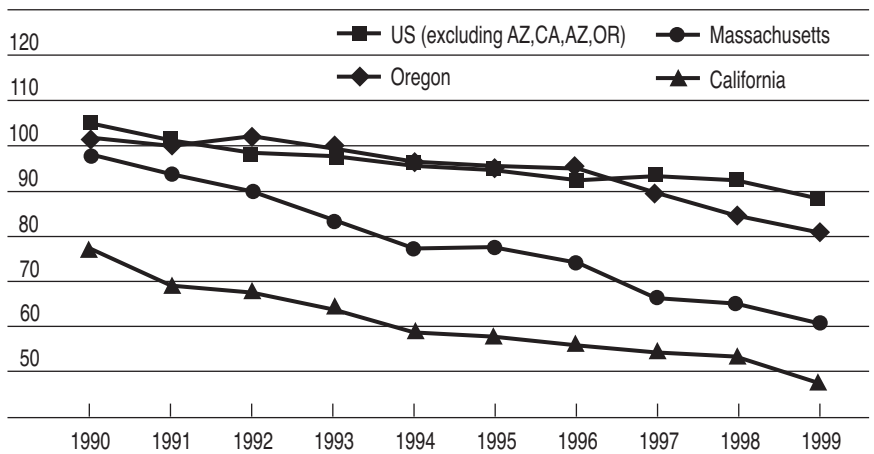
- Campañas mediáticas mantenidas sobre los riesgos del consumo de tabaco y las ventajas de no fumar.
- Programas educativos, de base escolar, con componentes de prevención del tabaquismo.
- La oferta de asistencia adecuada a todas las personas que quieren dejar de fumar, incluidas líneas telefónicas gratuitas de orientación y apoyo para dejar de fumar.

- Sistemas eficaces de seguimiento y control de la legislación reguladora del consumo de tabaco en espacios públicos y en el medio laboral.
- Un sistema fiscal que asegure un incremento de precios siempre por encima del aumento de la inflación.

Por ejemplo, en EE.UU. de América, algunos Estados han invertido significativamente más recursos en políticas comprensivas y a gran escala que integran todos estos componentes, que el resto de Estados de la Unión. El estudio de la evolución de la prevalencia en los distintos Estados federales de EE.UU. de América indica que el volumen de los recursos invertidos en asegurar todos estos elementos, se correlaciona negativamente con el volumen den cigarrillos vendidos, es decir: a mayor inversión, menor volumen de ventas. El CDC (*"Centers for Disease Control and Prevention"*) estima que para reducir significativamente el consumo de tabaco, los distintos Estados norteamericanos deben invertir entre 1 y 3 US. $ per capita, a lo largo de un perido suficiente de tiempo (al menos 3 años), para ser eficaces[54].

Como muestra la Fig. 6, Massachussets el Estado que mayor presupuesto ha invertido durante los últimos años en el desarrollo y aplicación de políticas de control del tabaquismo, seguido de California, es donde más ha disminuido la venta de tabaco en comparación con el resto de los EE.UU. de América.

Figura 6. Tendencias del consumo de tabaco, estimado en venta de paquetes de cigarrillos, entre el Estado de California, el Estado de Massachussets, el Estado de Oregon y el resto de EE.UU. (1990-1999)



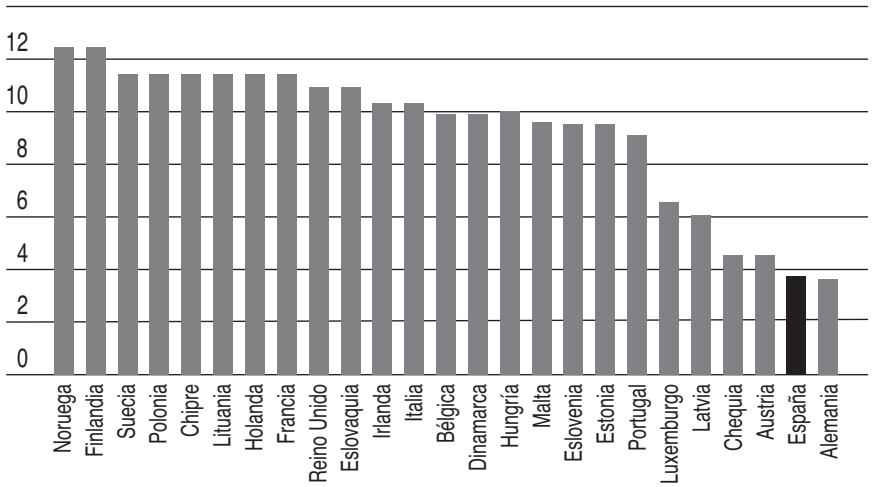
Fuente: VicHealth Centre for Tobacco Control. A blue chip investment in public health. Melbourne: Anti-Cancer Council of Victoria, Melbourne, 2003

6. La actual legislación española es insuficiente

A pesar de las diversas leyes vigentes en España, ya comentadas en el punto anterior, nuestro país es actualmente uno de los países de la UE que mantiene una legislación menos exigente y menos eficaz en cuanto a regulación de la publicidad y las estrategias promoción y patrocinio de tabaco.

En una reciente revisión realizada por la Dirección General de Salud y Protección de los Consumidores de la Comisión Europea[55], la legislación española sobre publicidad y patrocinio de tabaco recibe una puntuación de 3,5 puntos en una escala del 1 al 13, situando a nuestro país en el último lugar junto con Alemania (Ver Fig. 7).

Figura 7. Tipo de legislación reguladora de la publicidad, la promoción y el patrocinio de tabaco vigente en los 25 países de la UE a 1 de Enero de 2004. Máxima puntuación 13= más eficaz; mínima puntuación =1 menos eficaz)



Fuente: The ASPECT Consortium. Tobacco or Health in the European Union. Luxembourg: Directorate-General for Health and Consumer Protection. European Commission, 2004.

7. No es eficaz prohibir la publicidad directa y mantener la publicidad indirectalvi u otras estrategias de promoción encubierta[57] o patrocinio[58]

La industria tabacalera, ha desarrollado estrategias eficaces para mantener e incrementar sus inversiones en promoción, en todos aquellos países que han prohibido o se prevé que van a prohibir la publicidad directa de tabaco.

En la Unión Europea Francia fue el primer país donde las compañías de tabaco desarrollaron estrategias de publicidad indirecta para eludir la Ley francesa de 1976 ("Loi Veil"), que restringía la publicidad directa. La revista francesa especializada en

marketing , denominada *"Stratégies"*, explicaba estos desarrollos promocionales de la siguiente forma: "Camel ha desarrollado métodos de publicitar su marca, a pesar de las restricciones legales (...) Camel usa la publicidad de encendedores Camel como sustituto, o la publicidad del *"Camel Adventure Tour"* que difunde y refuerza la imagen de la marca"[59]. La Ley Evin incrementó las regulaciones de la publicidad en Francia, prohibiendo la publicidad indirecta en 1991, pero no consiguió que la industria tabacalera se diera por vencida. El 2 de Febrero de 1995, el Departamento de Justicia francés descubrió en la sede de la empresa *"RJ Reynolds France"* unos documentos titulados *"World Brands Inc. Strategic Plan 1993-1997"*, en ellos se describía detalladamente cómo saltarse las prohibiciones legales mediante la promoción de productos y servicios tales como: *"Camel Boots", "Camel Trophy"*, o las prendas deportivas de vestir *"Winston Clothes"*[60].

Por su parte, la compañía multinacional "British American Tobacco" ha desarrollado planes parecidos para saltarse las restricciones legales a través de la publicidad indirecta, mediante la promoción legal de sus marcas trasladadas a otros productos de consumo, y especialmente a productos atractivos para la población adolescente y joven (prendas de vestir deportivas *"Lucky Strike"*, la agencia de viajes de aventura *"Kent Travel"*, el whisky *"John Players"* asociado a los viajes de aventura utilizando veleros de época que compiten anualmente en encuentros internacionales, el café Benson & Hedges, etc.[61].

En nuestro país, la mayoría de las publicaciones más leídas por la población de 14 a 24 años de edad van dirigidas al conjunto de la población (Muy Interesante, Canal +, Quo, Cosmopolitan, Hola, etc...), y éstas son precisamente las revistas en las que la industria del tabaco gasta más dinero en España, como muestra un reciente estudio de la UICC[62]. Como ya se ha comentado, algunas Comunidades Autónomas han prohibido la publicidad en publicidad exterior (vallas, mobiliario urbano, etc.) pero la industria sortea esta regulación con anuncios que son publicidad indirecta de las mismas marcas, o mediante el patrocinio de actividades deportivas o musicales (Equipo Fortuna, Estopa Ducados Tour, Gran Premio Marlboro, etc.). Por otro lado, las radio-fórmulas, emisoras de máxima audiencia adolescente, emiten constantemente publicidad de tabaco.

Otra de las vías de contrarrestar la prohibición de la publicidad de tabaco es el patrocinio, una forma eficaz de promover el consumo de tabaco, como la propia industria ha reconocido explícitamente: "Estamos en el negocio del deporte. Utilizamos el deporte como forma de publicitar nuestros productos"[63,64,65].

La eficacia del patrocinio también ha sido analizada por diversas investigaciones, que muestran la relación entre la exposición a eventos patrocinados por marcas de tabaco y el incremento de la probabilidad de fumar entre los adolescentes[66,67,68]. La evidencia disponible indica que el patrocinio de eventos deportivos, musicales y de otras actividades atractivas para la población infantil y adolescente, es eficaz para:

1. Funcionar como una forma eficaz de publicidad.
2. Llegar a la población más joven de forma efectiva.
3. Asociar el consumo de tabaco con estilos de vida saludables, actividades e imágenes populares.
4. Sortear leyes locales o nacionales de patrocinio, mediante la emisión de eventos retransmitidos por canales de comunicación internacional.

En el apartado de estrategias de promoción que deben incluirse en una ley amplia de prohibición de publicidad se encuentra la fórmula publicitaria más recientemente desarrollada por la industria tabacalera: las supuestas campañas de prevención del tabaquismo dirigidas a los grupos de población más joven. A medida que la legislación europea y las legislaciones nacionales han ido restringiendo la publicidad directa e indirecta de tabaco, las multinacionales del tabaco han intensificado sus esfuerzos para conseguir que en Europa, y por consiguiente en España, instituciones públicas de ámbito nacional, autonómico o local, acepten financiación para lo que la industria denomina "campañas educativas de prevención" dirigidas a niños y adolescentes. Esta estrategia de promoción propuesta por la industria engloba dos objetivos simultáneos: un intento de lavar su imagen social, apareciendo como una industria que desea lo mejor para los jóvenes, y una promoción específica del tabaco dirigida directamente a grupos de edad a los que la legislación vigente no permite dirigir anuncios directos o indirectos de tabaco.

En los documentos internos de las multinacionales del tabacolxix, hechos públicos por orden judicial a partir de las demandas ciudadanas iniciadas contra la industria en EEUU, es patente la intención de las compañías cuando deciden patrocinar programas "preventivos" para niños y adolescentes. En estos documentos, se aprecia que la industria tabacalera empezó a pensar en la conveniencia de iniciar estas campañas, esencialmente para:

- poder incrementar su influencia política, es decir incrementar sus lazos con los distintos gobiernos crecientemente preocupados por el impacto del tabaquismo en la población;
- promover entre la opinión pública de cada país la idea de que la única causa del inicio al consumo de tabaco entre los adolescentes es la presión grupal entre iguales;
- promover la idea de que fumar es un acto de libertad adulta, a partir de una posición suficientemente informada;
- ganarse a la opinión pública de cada país, pretendiendo mostrar una doble preocupación, por la protección de los niños y por la libertad de los mayores;
- permitir a la industria financiar proyectos que actúan como instrumentos de relaciones públicas, tanto para los gobiernos beneficiarios como para la propia industria;

- desorientar a algunos sectores críticos, porque en principio, es difícil no estar de acuerdo con iniciativas etiquetadas como protectoras de la infancia; promover la idea de que la industria ha iniciado una época nueva de colaboración y responsabilidad;
- incrementar su negocio entre la población más vulnerable: estas campañas no disminuyen el tabaquismo de los menores, no sólo jamás se han publicado evaluaciones que confirmen un impacto preventivo de estas campañas, sino que existen indicios suficientes que apuntan todo lo contrario[70], la industria tabacalera está en realidad promoviendo sus intereses de una forma que ninguna sociedad democrática, comprometida en garantizar los derechos constitucionales de la infancia y la adolescencia, debiera tolerar.

8. Se trata de desarrollar un mandato constitucional de protección de la salud de la población más vulnerable: la infancia y la adolescencia

Los poderes públicos tienen el mandato constitucional de proteger la salud de la población, y especialmente la de los menores[71]. Como se ha visto en los puntos anteriores, al mantenimiento de la publicidad, las estrategias de promoción y el patrocinio, afectan gravemente ese derecho.

No se puede seguir dejando a los más jóvenes indefensos ante las campañas millonarias de promoción del tabaco: el Estado tienen la obligación y la responsabilidad de velar por la protección de la salud de las nuevas generaciones. Hay que actuar con una regulación rigurosa y efectiva, similar a la de los países de nuestro entorno.

9. Los sectores sociales y económicos que actualmente se benefician de la publicidad, la promoción y el patrocinio de tabaco, pueden encontrar sectores alternativos para mantener sus actividades o beneficios

Tras la crisis de la Vacas Locas en 1996, la UE inició una serie de medidas legislativas para asegurar la calidad y la higiene necesarias para proteger la salud de la población europea frente a la enfermedad de Creutzfeldt-Jacob. Estas medidas tuvieron un impacto económico muy fuerte especialmente entre los agricultores. La medida se tomó ante el contagio confirmado de 21 personas en el Reino Unido y cuando todavía no había muerto ninguna de ellas. Se consideró que valía la pena asumir el alto coste de estas medidas preventivas para asegurar la protección de los consumidores frente a la potencial amenaza y el bajo riesgo de morbilidad y mortalidad que planteaba esa enfermedad, y todos los países estuvieron de acuerdo, incluido España[72]. En España, como ya se ha comentado en el primer punto de este documento, el tabaquismo es la causa de muerte para más de 50.000 personas, cada año, por tanto el potencial coste económico que la prohibición de la publicidad

y el patrocinio pueda significar para algunos sectores, debería estar fuera de todo cuestionamiento.

Sin embargo, y en lo relativo a loas potenciales pérdidas económicas de algunos sectores relacionados con la publicidad y el patrocinio, hay que señalar que han pasado ya más de 15 años, desde que diversos países en el mundo empezaron a aplicar leyes comprensivas prohibiendo todo tipo de publicidad, promoción y patrocinio de tabaco. Entre ellos: Noruega, Finlandia, Suecia, Francia, Canadá y Australia. En ninguno de ellos, esta medida ha derivado en pérdidas para la industria publicitaria o los medios de comunicación que anteriormente aceptaban publicidad de tabaco.

Al igual que la disminución del tabaquismo no implica una pérdida de riqueza ni de empleos, dado que el dinero que antes se gastaba en tabaco no desaparece de la economía sino que se invierte en otro tipo de bienes[73,74,75] la desaparición de la publicidad, la promoción y el patrocinio de tabaco no implica una pérdida económica para los sectores afectados. La inversión total en publicidad directa de tabaco en España ocupa una pequeña parte del mercado publicitario global. Una de cada diez inserciones publicitarias (anuncios) realizadas en España durante el año 2000 en medios convencionales (televisión, radio, cine, prensa, revistas y suplementos y publicidad exterior) era de bebidas alcohólicas o tabacos. Las inserciones publicitarias de bebidas alcohólicas y tabacos supusieron, respectivamente, el 6,4% y el 3,6% del total de los 6,7 millones de inserciones registradas en ese período.

Por otro lado, cuando se observan las perspectivas globales del mercado publicitario en Europa, puede observarse que se trata de un mercado en expansión[76]. La inversión publicitaria global en Europa era de 79.727 millones de US Dólares en 1996, y se esperaba que en 2000 llegara a 97.704 millones de US Dólares[77]. Este buen momento para el mercado publicitario significa que el crecimiento global del sector, puede compensar sin problemas la desaparición de la publicidad de tabaco.

Además, la experiencia en diversos países[78,79] muestra que la desaparición del patrocinio puede verse compensada por:

- El cambio de sectores patrocinadores, aprovechando el crecimiento de nuevos sectores económicos(por ejemplo el mercado de las telecomunicaciones, las nuevas tecnologías, etc.).
- La promoción por parte de los gobiernos de patrocinio público alternativo, proveniente de un pequeño incremento del impuesto del tabaco, dedicado exclusivamente a la financiación de actividades deportivas, musicales y culturales en general.

10. La evidencia derivada de la investigación disponible indica que para ser eficaz la prohibición de la promoción del tabaco debe incluir las "denominaciones comunes".

La evidencia derivada de la investigación internacional indica que:

1. Los niños son altamente sensibles a las marcas: la exposición a marcas de tabaco durante la infancia, es un factor predictor del consumo posterior de tabaco[80,81].
2. El consumo de tabaco de los adolescentes es sensible a la influencia de anuncios promotores de marcas asociadas a productos de tabaco[82,83,84,85].
3. Las marcas de tabaco más consumidas por los adolescentes son las que más se anuncianl[86,87,88].
4. Para ser eficaces las regulaciones de la publicidad, la promoción y el patrocinio, deben ser amplias y deben incluir la prohibición de todo tipo de actividad susceptible de promocionar tabaco como producto o como marca[89,90].

11. Conclusiones

En base a la evidencia disponible, España debe optar sin titubeos por el desarrollo y aprobación de una legislación amplia, capaz de proteger a nuestros menores de las presiones a consumir tabaco.

Este tema afecta a la salud pública del futuro en nuestro país. Salta por encima de las barreras políticas, y debe ser posible abordarlo de forma consensuada. Las principales previsiones que debe contener dicha legislación, pueden resumirse en:

- La prohibición de toda publicidad directa e indirecta del tabaco y sus marcas (denominaciones comunes).
- La prohibición de la distribución gratuita de todo tipo de productos cuyo objetivo o efecto directo o indirecto sea la promoción de una marco o producto de tabaco.
- La prohibición de todo tipo de actividades y eventos patrocinados por marcas de tabaco.
- Estas restricciones han de cubrir todos los medios y soportes.
- El Estado deberá velar para que existan los medios adecuados y eficaces que garanticen su aplicación y la imposición de las correspondientes sanciones ante cualquier tipo de incumplimiento.

Referencias

1 Banegas Banegas JR, Díez Gañán L, Rodríguez-Artalejo F, González Enríquez J, Graciani Pérez-Regadera A, Villar Álvarez F (2001). Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. Med. Clin (Barc) 2001,117 (18): 692-694.

2 González Enríquez J, Villar Alvarez F, Banegas Banegas JR, Rodríguez Artalejo F, Martín Moreno JM. Tendencia de la mortalidad atribuible al tabaquismo en España, 1978-1992: 600.000 muertes en 15 años. Med Clin (Barc). 1997; 109:577-582.

3 Peto R, Chen ZM, Boreham J. Tobacco: the growing epidemic. *Nature Medicine*. 1999; 5(1): 15-17.

4 Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. BMJ. 2004 Jun 26;328(7455):1519. Epub 2004 Jun 22.

5 Instituto Nacional de Estadística. Defunciones según la Causa de Muerte 2002. INE. En: http://www.ine.es/inebase/cgi/axi?AXIS_PATH=/inebase/temas/t15/p417/a1999/l0/&FILE_AXIS=01003.px&CGI_DEFAULT=/inebase/temas/cgi.opt&COMANDO=SELECCION&CGI_URL=/inebase/cgi/

6 Observatorio Español de Drogas 2002. En: http://www.msc.es/pnd/observa/html/mor.htm

7 Banegas Banegas JR, Díez Gañán L, Rodríguez-Artalejo F, González Enríquez J, Graciani Pérez-Regadera A, Villar Álvarez F (2001). Mortalidad atribuible al tabaquismo en España en 1998. Med. Clin (Barc) 2001,117 (18): 692-694.

8 West R. Withdrawing respect from the tobacco trade. Addiction, 1997; 92:133-135.

9 Salvador Llivina, T . Estrategias de promoción de la industria tabaquera. En: Libro blanco sobre el tabaquismo en España. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo. Barcelona: Ed. Glosa, 1998.

10 Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud. Años 1987, 1990, 1993, 1995, 1997, 2001. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1989, 1992, 1995, 1997, 1999, y 2002.

11 Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 2002. Informe nº 5. Observatorio Español sobre Drogas. Madrid: Ministerio de Interior, 2002.

12 Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. 2003. Informe nº 6. Observatorio Español sobre Drogas. Madrid: Ministerio de Interior, 2003.

13 Servicio de Estudios de Tabacalera. Actualidad Tabaquera. Documento, nº 1. Madrid: Tabacalera S.A., 1981.

14 Montes A. y Villalbí JR. The price of cigarettes in the European Union. Tobacco Control, 2001; 10: 135-136.

15 Joosens L. Effective Tobacco Control Policies in 28 European Countries. Brussels: European Network for Smoking Prevention.

16 Royal College of Physicians. Nicotine Addiction in Britain. A report of the Tobacco Advisory Group of the Royal College of Physicians. London: Royal College of Pysicians, 2000.

17 World Health Organization. The International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision. Classification of mental and behavioral disorders. Geneva: WHO, 1992.

18 Sánchez Pardo L. Políticas reguladoras de la accesibilidad, disponibilidad y promoción de bebidas alcohólicas y tabaco. Idea-Prevención; 2003, Julio-diciembre: 88-101.

[19] Sánchez Pardo L. Políticas reguladoras de la accesibilidad, disponibilidad y promoción de bebidas alcohólicas y tabaco. Idea-Prevención; 2003, Julio-diciembre: 88-101.

[20] CNPT. Tabaco y publicidad. Atención Tabaquismo. Madrid: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, 2003.

[21] US Department of Health and Human Services. Reducing the health consequences of smoking: 25 years of progress. A report of the Surgeon General. Rockville, Maryland: US Department of Health and Human Services, 1989.

[22] Salvador Llivina, T. Medios de comunicación y opinión pública. En: El tabaquismo en España: situación actual y perspectivas para el movimiento de prevención. Editores: Villabí JR y Ariza C. Barcelona: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria y Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, 2000; Capítulo5: 53-69.

[23] Waener KE, Goldenhar LM. The cigarette advertising broadcast ban and magazine coverage of smoking and health. Journal of Public Health Policy. 1989 Spring;10(1):32-42.

[24] Andrews RL, Franke GR. The determinants of cigarette consumption: A meta-analysis. Journal of Public Policy and Marketing. 1991; 10: 81-100.

[25] CNPT. Tabaco y publicidad. Atención Tabaquismo. Madrid: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, 2003.

[26] Sánchez Pardo L, Meguías Quirós I, Rodríguez San Julián E. Jóvenes y publicidad. Valores de comunicación publicitaria para Jóvenes. Madrid: Fundación de Ayuda contra la drogadicción e INJUVE, 2004.

[27] Hastings GB, Aitken PP, Mackintosh AM. From the billboard to the playground. Glasgow : University of Strathclyde, 1991.

[28] Hastings G, MacFadyen L. Keep smiling no one's going to die. An analysis of internal documents from the tobacco industry's main UK advertising agencies. Centre for Tobacco Control Research, October 2000.

[29] Documento interno de R. J. Reynolds, citado en Newsweek, 26 de Enero de1998.

[30] El País. Sábado 27 de Abril de 2002.

[31] Aitken PP, Eadie DR Reinforcing effects of cigarette advertising on under-age smoking. *Br J Addiction*. 1990; 85:399-412.

[32] Goldstein AO, Fischer PM, Richards JW, Cretan D Relationship between high school student smoking and recognition of cigarette advertisements. *J Pediatr*. 1987; 110:488-491.

[33] Botvin GL, Goldberg CJ, Botvin EM, Dusenbury L Smoking behavior of adolescents exposed to cigarette advertising. *Public Health Rep*. 1993; 108:217-224.

[34] Aitken PP, Eadie DR, Hastings GB, Haywood AJ Predisposing effects of cigarette advertising on children's intention to smoke when older. *Br J Addiction*. 1991; 86:383-390.

[35] Chassin L, Presson CC, Sherman SJ, Corty E, Olshavsky RW Predicting the onset of cigarette smoking in adolescents. A longitudinal study. *J Appl Soc Psychol*. 1984; 14:224-243.

[36] Collins LM, Sussman S, Mestel Rauch J, et al Psychosocial predictors of young adolescent cigarette smoking: a sixteen-month, three-wave longitudinal study. *J Appl Psychol*. 1987; 17:54-57.

[37] Botvin CJ, Goldberg CJ, Botvin EM, Dusenbury L Smoking behavior of adolescents exposed to cigarette advertising. *Public Health Rep*. 1993; 108:217-224.

[38] Pierce J, Does tobacco advertising target young people to start smoking? Evidence from California. *JAMA*. 1991; 266:3154-3158.

[39] Pierce JP, Lee L, Gilpin EA Smoking initiation by adolescent girls, 1944 through 1988, an association with targeted advertising. *JAMA*. 1994; 271:608-611.

[40] Rimpela M, Aaro LE, Rimpela AH The effect of tobacco sales promotion on initiating of smoking. *Scand J Soc Med*. 1994; 49:1-23.

[41] Pollay RW, Siegel M, Haddix A, Meritt RK, Giovino GA, Michael P, Eriksen ME. The Last Straw? Realized Market Shares Among Youths and Adults, 1979-1993, Journal of Marketing 1996; April: 1-16.

[42] Gallup International Institute. Teenage Attitudes and Behavior concerning Tobacco: Report of the Findings. Princeton, NJ: Gallup International Institute, 1992.

[43] Federal Trade Commission Report to Congress, 1993.

[44] Evans, N., Farkas A, Gilpin E, Berry C, Pierce JP. Influence of Tobacco Marketing and Exposure to Smokers on Adolescent Susceptibility to Smoking. Journal of the National Cancer Institute, 1995, 87:1538-1545.

[45] Andrews RL, Franke GR. The determinants of cigarette consumption: A meta-analysis. Journal of Public Policy and Marketing. 1991; 10: 81-100.

[46] Smee C, Parsonage M, Anderson R, Duckworth S. Effect of tobacco advertising on tobacco consumption: a discussion document reviewing the evidence. London: Economics and Operational Research Division, Department of Health, 1992.

[47] Joossens L. The effectiveness of banning advertising for tobacco products. Brussels: International Union against Cancer, 1997.

[48] Bjartveit K. Norway: Ban on advertising an promotion. Geneva: World Health Organization, 2003. En: http://www.who.int/tobacco/training/success_stories/en/best_practices_norway_ban.pdf

[49] Health or Tobacco. An end to tobacco advertising and promotion. Wellington, New Zealand: Toxic Substances Board, 1989.

[50] Laugesen M, Meads C. Tobacco restrictions, price, income and tobacco consumption in OECD countries, 1960-1986. British Journal of Addiction 1991; 86: 1343-1354.

[51] World Bank. Curbing the epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control. World Bank Development in Practice Series. Washington, D.C.: World Bank, 1999.

[52] Saffer H. The Control of Tobacco Advertising and Promotion. En: *Tobacco Control Policies in Developing Countries*. Eds. P. Jha y F. Chaloupa. New York : Oxford University Press, 2000.

[53] Saffer, H and Chaloupka, F. The effect of tobacco advertising bans on tobacco consumption. Journal of Health Economics, 2000; 19: 1117-1137.

[54] Farelly M, Pechacek T, Chaloupka F. The impact of tobacco control program expenditures on aggregate cigarette sales: 1991-2000. Journal of Health Economics, 2003; 22: 843-859.

[55] The ASPECT Consortium. Tobacco or Health in the European Union. Luxembourg: Directorate-General for Health and Consumer Protection. European Commission, 2004.

[56] Se considera publicidad indirecta toda aquella actividad que, sin mencionar específicamente un producto de tabaco, intenta eludir la prohibición de publicidad utilizando nombres, símbolos, emblemas, marcas o logotipos de marcas de tabaco u otros productos asociados a nombres de marcas de tabaco.

[57] Se consideran estrategias de promoción, todas aquellas actividades, de cualquier índole, que constituyen una forma de atraer la atención hacia el tabaco, promover una imagen positiva del tabaco y de su consumo entre la población, y estimular o promover la demanda de productos de tabaco en la sociedad.

[58] Se considera patrocinio, cualquier tipo de contribución, pública o privada, realizada a un acontecimiento, a una actividad o a un individuo, cuyo objetivo o efecto directo o indirecto sea la promoción de un producto del tabaco.

[59] European Bureau for Action on Smoking Prevention, Report on tobacco advertising "Give children a chance", Brussels, 1991.

[60] Follea L, La firme Reynolds livre le mode de contournement des lois antitabac. Le Monde, 28 Fevrier, 1996.

[61] Nukki P, Tobacco firms brew up coffee to beat ad ban. The Times, 18 January 1998.

[62] Comité nacional para la Prevención del Tabaquismo. Tabaco y publicidad. Atención Tabaquismo. Madrid: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo, 2003.

[63] Action on Smoking and Health, Tobacco advertising – the case for a ban, ASH, London, 1996.

[64] Ledworth F Does tobacco sports sponsorship on television act as advertising to children? *Health Educ J.* 1984; 43:4.

[65] Hock J, Gendall P, Stockdale M Some effects of tobacco sponsorship advertisements on young males. *Int J Adv*. 1993; 12:25-35

[66] Charlton A, While d, Kelly S. Boy's smoking and cigarette-brand-sponsored motor racing, The Lancet. 1997;350:1474.

[67] CORNWELL TB, The use of sponsorship-linked marketing by tobacco firms: international public policy issues. The Journal of Consumer Affairs. 1997; 31:238-254.

[68] European Bureau for Action on Smoking Prevention. Report on tobacco advertising. Give children a chance. Brussels: BASP, 1991.

[69] Accesibles en: www.tobaccopapers.com

[70] Landman A, Ling PM, Glantz SA. Tobacco industry youth smoking prevention programs: protecting the industry and hurting tobacco control. *American Journal of Public Health* 2002; 92(6): 917-302002. En: http://www.medialiteracy.net/pdfs/LandmanYSP.pdf

[71] Artículos: 39, 43 y 51 de la Constitución Española.

[72] Commission of the European Communities, Final consolidated report to the temporary committee of the European Parliament on the follow-up of recommendations on BSE, Brussels, 1997.

[73] Society for the Study of Addiction to Alcohol and Other Drugs. Reducing smoking could increase employment. London, Press release, 20 November 1997.

[74] Warner KE. Economics of Tobacco. University of Michigan, April 22, 2004. En: https://depts.washington.edu/hservdoc/HSERV_590_E/Warners_economics_talk.ppt

[75] Warner KE. Economics of Tobacco. Myths and realities. Tobacco Control, 2000; 9: 78-89.

[76] Joossens L, Pourquoi une interrdiction de la publicité pour le tabac, Bruxelles, Coalition Nationale contre le Tabac, 1997.

[77] Zenith. Voorspelt groei, trends. 8 January 1998, 51.

[78] A national coalition of 82 organisations, Tobacco advertising, sponsorship and promotion : the case for a comprehensive ban, London, 1997.

[79] VicHealth. Partnership for Health. Support to State Sporting Associations on specific health issues. En VicHealth Annual Report 2003-2004. Victoria: Victoria health promotion Foundation, 2004.

[80] Lovato C, Linn G, Stead LF, Best A. Impact of tobacco advertising and promotion on increasing adolescent smoking behaviours. Cochrane Database Syst Rev. 2003;(4):CD003439.

[81] MacFadyen L, Hastings G, MacKintosh AM. Cross sectional study of young people's awareness of and involvement with tobacco marketing. BMJ. 2001 Mar 3;322(7285):513-7.

[82] Braverman MT, Aaro LE. Adolescent smoking and exposure to tobacco marketing under a tobacco advertising ban: findings from 2 Norwegian national samples. Am J Public Health. 2004 Jul;94(7):1230-8.

[83] Department of Health Care and Epidemiology, Faculty of Medicine, University of British Columbia, James Mather Building, 5804 Fairview Avenue, Vancouver, B.C., Canada, V6T 1Z3.

[84] Evans N, Farkas A, Gilpin E, Berry C, Pierce JP. Influence of tobacco marketing and exposure to smokers on adolescent susceptibility to smoking. J. Natl Cancer Inst. 1995 Oct 18;87(20):1538-45.

[85] Charlton A, Blair V. Predicting the onset of smoking in boys and girls. Soc Sci Med. 1989;29(7):813-8.

[86] Foulds J, Godfrey C. Counting the cost of children's smoking. *British Medical Journal* 1995; 311: 1152-4.En: http://www.bmj.com/cgi/content/full/311/7013/1152

[87] Barron J. Young teenagers and smoking in 1997. London: Office for National Statistics, 1998.

[88] Department of Health. Effect of Tobacco Advertising on Tobacco Consumption: A Discussion Document Reviewing the Evidence. London: Department of Health, 1992.

[89] Health and Community Care Committee.Official Report Meeting 1, 2001. Scottish Parliament. En: http://www.scottish.parliament.uk/business/committees/historic/health/or-01/he01-0102.htm

[90] Joint Committee on Health and Children. Ireland. En:http://www.irlgov.ie/oireachtas/Committees-29th-D%C3%A1il/jchc-debates/jhc10503.rtf

Medicamentos, productos milagro y alimentos, ¿las mismas reglas para todos?

Rafael García Gutiérrez

Director General Asociación Nacional para el Autocuidado de la Salud

La industria farmacéutica que fabrica y comercializa especialidades farmacéuticas publicitarias (medicamentos que no requieren de una receta para su dispensación y que pueden publicitarse al público), está siendo objeto de una competencia totalmente desleal por parte de todas aquellas empresas que venden productos (en algunos casos productos milagro y en otros los denominados alimentos funcionales), que se "atribuyen" propiedades "saludables" que en la gran mayoría de los casos no han demostrado.

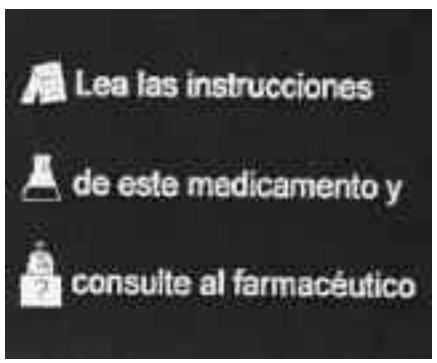
De esta manera, actualmente se está produciendo una situación bastante paradójica, ya que mientras las especialidades farmacéuticas publicitarias (EFP) están obligadas por las autoridades sanitarias a demostrar su calidad, su seguridad y eficacia, además de someterse a una larga lista de normas en su publicidad y al control previo de la misma, los productos milagro o los denominados alimentos funcionales no tienen que demostrar nada, pero se atribuyen toda una serie de alegaciones saludables en sus anuncios publicitarios, que en la mayoría de los casos no les están permitidas a las EFP. Un ejemplo de esta contradicción es que ningún ciudadano español puede comprar en una farmacia un medicamento sin receta para reducir el colesterol, mientras que sí puede comprar otro tipo de productos para esta sintomatología en un supermercado.

SITUACIÓN LEGAL

Todos los medicamentos EFP, para obtener la autorización de comercialización por parte de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, deben demostrar previamente, tal y como he mencionado anteriormente, su calidad, su seguridad y su eficacia. Además, una vez aprobados, su publicidad debe, además de cumplir con toda la normativa legal vigente, someterse a un Control Previo Sanitario, que analiza y autoriza cada spot. Entre las normas que regulan la publicidad se encuentran:

- Orden Ministerial de 10 de diciembre, de 1985, por la que se regulan los mensajes publicitarios referidos a medicamentos y determinados productos sanitarios
- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad
- Ley 34/1988 General de Publicidad
- Ley 25/1990, de 20de Diciembre del Medicamento
- Directiva 92/28 del Consejo de 31 de marzo de 1992, relativa a la publicidad de medicamentos de uso humano.
- Real Decreto 1416/1994, de 25 de junio, por el que se regula la publicidad de medicamentos de uso humano
- Circular nº6/95, de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios
- Circular nº7/99, de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.
- Código Deontológico de la Asociación para el Autocuidado de la Salud (anefp)
- Directiva Código Comunitario de medicamentos de uso humano 2001/83
- Directiva 2004/27, de 31 de marzo

Además, en esta normativa publicitaria se establece también la obligatoriedad, para todos los anuncios de EFP, de la inclusión de la pantalla azul con la siguiente leyenda: “Lea las instrucciones de este medicamento y consulte al farmacéutico”. Esta fue una iniciativa de anefp, fruto de su compromiso con el buen uso de los medicamentos y la seguridad de los mismos para los ciudadanos, y que tiene como objetivo que los consumidores puedan diferenciar claramente lo que es un medicamento “auténtico”, de lo que no lo es.



Por otra parte, encontramos a los productos denominados milagro, que no tienen que demostrar su eficacia, ni su calidad, ni su seguridad, estando su publicidad sometida a las legislaciones específicas y a la Ley 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad y al Real Decreto 1907/1996, de 2 de agosto sobre publicidad y promoción comercial de productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria.

Dentro de los alimentos, actualmente, los denominados “nuevos alimentos” están definidos como una nueva categoría con un registro especial, en el que se admiten estudios o ensayos clínicos que demuestran las propiedades sanitarias de este tipo de alimentos (fitosteroles, para la reducción del colesterol en personas con hipercolesterolemia). Es curioso que esta indicación terapéutica no esté permitida para las EFP por considerar el Ministerio de Sanidad que es necesario un diagnóstico médico preciso. Es decir, que es el mismo organismo, en este caso la administración sanitaria, el que permite esta situación de competencia desleal.

En cuanto a su publicidad, el marco legal va a cambiar en breve, cuando se publique la Directiva que regula las alegaciones de salud en los alimentos y que actualmente se está discutiendo en el Parlamento Europeo. La industria farmacéutica de EFP está a favor de esta Directiva, ya que, además de regular la situación anómala que existe en todos los países, va a permitir una mejora en la comunicación de los medicamentos EFP.

COMPETENCIA DESLEAL

La competencia desleal que se está produciendo se evidencia en ejemplos tan claros como los siguientes:

- Los productos milagro y los alimentos se están atribuyendo en su publicidad indicaciones terapéuticas cuando SÓLO los medicamentos, que previamente han demostrado calidad, seguridad y eficacia, pueden hacerlo, de acuerdo a lo establecido por la ley.
- Los productos milagro y los alimentos incluyen en sus anuncios publicitarios testimonios de expertos y de personajes populares, cuando esto NO está permitido en la publicidad al público de medicamentos EFP.
- En la publicidad de productos milagro y alimentos, la información se presenta como si estuviera avalada científicamente, cuando en la mayoría de los casos no es así.

- Los productos milagro y los alimentos incluyen en su publicidad el término “natural”, cuando a los medicamentos NO les está permitido por Ley.
- Los productos milagro y los alimentos se ofrecen al consumidor como alternativa a los medicamentos: “son más baratos y sin efectos secundarios”
- Los productos milagro utilizan en su comunicación en muchas ocasiones la frase: “de venta exclusiva en farmacia”, expresión sólo permitida a los medicamentos.
- Los productos milagro y los alimentos no incluyen en su publicidad toda la información necesaria para los consumidores. Además, es necesario resaltar que, “lo que se dice en el anuncio no es lo que entiende el ciudadano” (decodificación de los mensajes).

CONSECUENCIAS

Todas estos aspectos tienen además unas consecuencias muy negativas para los ciudadanos, ya que, como ha quedado demostrado, en muchos casos derivan en un retraso en el inicio de un tratamiento cuando éste es necesario, o el abandono de la medicación y su sustitución por otro tipo de productos, cuando ESTOS PRODUCTOS NUNCA DEBEN SUSTITUIR A LOS MEDICAMENTOS”.

AUTOCONTROL DE LA PUBLICIDAD

El pasado 31 de marzo, con motivo de la celebración de la XXVIII Asamblea General de anefp, el subsecretario de Sanidad y Consumo, Fernando Puig de la Bellacasa, manifestó la intención del Ministerio de Sanidad de regular y controlar la publicidad de todos los productos que se atribuyen alegaciones sanitarias, ya que los sistemas autorregulatorios, a su juicio, están resultando insuficientes.

En este sentido, la Asociación para el Autocuidado de la Salud considera que los sistemas de autorregulación ofrecen mayores garantías de protección a los consumidores que el control previo sanitario que actualmente tienen los medicamentos EFP, ya que el anunciante sigue siendo responsable del anuncio una vez emitido y no sólo hasta que es aprobado por el Ministerio de Sanidad. Por tanto, la publicidad de las especialidades farmacéuticas publicitarias debería ser evaluada por un sistema de autocontrol y no estar sometida a una censura previa sanitaria, tal y como ocurre actualmente. Esto permitiría paliar la competencia desleal que suponen los productos con alegaciones de salud y que todos estuviéramos sometidos a las mismas reglas, es decir, los mismos controles de calidad, seguridad y eficacia para su autorización, y un sistema de autorregulación para su publicidad.

Dar la cara genera confianza

Maribel Reyes
Profesora titular UCM

Existe una afirmación infalible: ninguna organización está exenta de la posibilidad de sufrir una crisis. Cuando esto ocurre no sólo debe afrontarse el problema que la ha provocado, sino la repercusión que tal problema está teniendo en su imagen, es decir, en su credibilidad ante públicos internos, externos e incluso los ajenos hasta ese momento.

Naturalmente hay un número elevado de factores que determinan la gravedad de la crisis sufrida. El principal es siempre el número de personas afectadas y la importancia del daño recibido, pero también pueden ser graves los efectos y amenazas sobre la seguridad y la calidad de vida inmediata o futura de la comunidad y, por lo tanto, de los demás individuos.

Después de años ajenos a este tipo de realidad comunicativa, hemos llegado a un estadio en el que, por fin, se empieza a tomar conciencia real de su valor. Esa reciente sensibilidad se pone de manifiesto en dos hechos: el primero, la elaboración de planes de crisis que ayudan a la prevención y marcan el protocolo de actuación, sobre todo durante y después del problema; el segundo, la aparición de publicaciones, la celebración de encuentros y hasta el progresivo desarrollo de una especialización comunicativa por parte de consultoras y profesionales.

No obstante, muchos de los que se han visto implicados en crisis de comunicación aseguran que en este terreno falta por recorrer un largo camino. El caballo de bata-

lla debería situarse en la prevención pero, por contradictorio que parezca, numerosas empresas e instituciones prefieren seguir asumiendo el riesgo de no pensar en las malas noticias.

La experiencia nos ha enseñado que todas las crisis son diferentes y que no todo puede estar bajo control. Aún aceptando estas dos máximas, lo cierto es que cuando estalla la crisis lo que se espera de los responsables es que sepan cómo actuar. A partir de ese momento lo que no sea colaborar decididamente en la resolución de las causas y los efectos se convierte en un aumento de la culpabilidad a ojos de los afectados y de la opinión pública.

Contribuir a solventar la situación incluye, por un lado, la función informativa, entendida como la pura emisión de información por parte de la compañía, administración pública o entidad implicadas, que adoptan el papel de fuente autorizada pero también interesada en la cadena de datos que se genera; por otro lado, debe asumirse una labor de comunicación, que asimila la escucha y atención a los afectados y a los preocupados por la situación creada. Sin duda, comunicar requiere más esfuerzo que informar, pero éste suele ser recompensado con un mayor grado de comprensión y credibilidad.

Las crisis se pueden clasificar con arreglo a diferentes criterios, pueden ser de naturaleza sanitaria, medioambiental, financiera, legal, laboral o de cualquier otro tipo. También la trascendencia social que alcancen permitirá establecer niveles, índices de evaluación y nuevas taxonomías. Sin embargo, más allá de clasificaciones, conviene aprender de todas ellas cómo actuar antes, durante y después de ese periodo en el que permanecen el hecho que ha suscitado la crisis y las consecuencias que ha provocado.

ACTUAR Y COMUNICAR

Ante un problema siempre hay una doble demanda: solución e información. La percepción de que se está haciendo todo lo posible en ambos aspectos es esencial durante las lógicas esperas que los afectados vivirán antes de ver zanjados sus problemas.

La combinación entre lo que se hace y lo que se dice debe cuidarse rigurosamente, ya que el nivel de sensibilidad ante la situación suele ser muy alto. Para minimizar los efectos negativos es conveniente reducir el tiempo de vigencia de la crisis, estructurando estratégicamente las etapas que hacen comprensibles y manejables las dificultades.

El proceso natural se compone de diez pasos que derivan en tareas a menudo nada fáciles de diferenciar y que, en muchos momentos, se simultanean. El principio que

¿Cómo afrontar una crisis?

PROCESO OPERATIVO:

1º Recoger toda la información.
2º Crear un gabinete de crisis.
3º Establecer contacto con los afectados y prestar rápida atención a sus diferentes necesidades.
4º Atender a los medios.
5º Desarrollar el plan de acción.
6º Tomar medidas correctoras.
7º Cerrar la crisis.
8º Evaluar los efectos.
9º Elaborar / actualizar el plan de crisis.
10º Incorporar procedimientos de prevención.

Fuente: Elaboración propia

rige este proceso es que, además de afrontar la resolución del problema y el posible daño en la imagen, lo que racionalmente es la prioridad, la organización debe aprender de la crisis e incorporar ese conocimiento para prevenir las mismas o nuevas situaciones de riesgo.

El gabinete de comunicación de crisis es una pieza clave en el proceso operativo. Aunque generalizar suele causar un índice de error, puede afirmarse que el equipo base se compone de un alto ejecutivo, del director del área afectada, el *dircom* y un asesor jurídico. Al este equipo se pueden sumar otros asesores externos para aprovechar su especialización y experiencia. El gabinete estudia la situación y la solución y, con ella, el plan de comunicación más eficaz.

Decidir la política de portavocía es otra prioridad. Que la compañía dé la cara debe traducirse en que un miembro del gabinete actúe como representante legitimado para dirigirse al público, tanto personalmente como a través de los medios. En el protocolo de gestión se recomienda frecuentemente un único portavoz, un único mensaje y un único tiempo de actuación pero, un plan alternativo en lo que a portavoz se refiere puede ser útil en caso de necesidad. Por ejemplo, tal vez convenga nombrar un segundo portavoz si las zonas afectas se encuentran en puntos geográficos muy dispersos, o si el portavoz oficial es claramente no adecuado para dirigirse a determinado público o sufre una pérdida clara de credibilidad.

La de portavoz no es una tarea fácil debido a la incertidumbre que suele acompañar a las situaciones difíciles y a que la competencia técnica y la comunicativa no siempre coinciden en la misma persona. Hablamos de una figura que se presenta en nombre de la organización, ejerciendo de interlocutor con sus diferentes públicos. Alguien que debe saber comunicarse y no sólo informar, que debe conjugar positivamente la suma de la imagen corporativa con su propia imagen como individuo.

Los rasgos del buen portavoz pueden dividirse en dos grupos: aquellos derivados del lugar que ocupa en la organización (condiciones corporativas) y los que le avalan como buen comunicador (habilidades personales). Son condiciones corporativas fundamentales ocupar un puesto de alta involucración y representatividad, tener el reconocimiento interno y externo de la función de portavoz, disponer de la confianza por parte de la máxima jerarquía, estar legitimado internamente y conocer la cultura y las normas corporativas.

En cuanto a las habilidades personales, el objetivo a perseguir es que el portavoz sea capaz de transmitir la imagen y los mensajes corporativos a través de su propia capacidad de convicción. En este sentido, no hay duda de que conocer las claves que intervienen en la eficacia de la comunicación cara a cara puede provocar un antes y un después en la forma de llegar a las audiencias o, mejor dicho, a las personas.

Para manejar tales claves el portavoz puede ayudarse de la experiencia, ésta le devuelve un saber hacer que, bien utilizado, le permitirá crecer con cada intervención. Puede también asegurarse de su avance recibiendo formación específica e incorporando el entrenamiento periódico y el ensayo a la preparación de las comparecencias. Conocer el tema, esto es sabido, no garantiza ser persuasivo, convencer a otros es quizá la parte más difícil de cualquier misión.

La afirmación anteriormente hecha sobre las crisis, todas son diferentes, es la misma que puede hacerse sobre las intervenciones. Hablar en público admite multitud de formas, entre ellas, hasta las más similares, albergan detalles diferentes. Con todo, desarrollar la competencia comunicativa es posible. Para ello se sugiere actuar sobre las siguientes variables:

- Entender cómo nos perciben.
- Prepararse para lo mejor... y para lo peor.
- Estudiar nuestras propias reacciones.
- Manejar la comunicación no verbal.
- Saber estructurar la información.
- Saber argumentar las propuestas.

LAS RELACIONES CON LOS MEDIOS

Un elevado porcentaje de empresas e instituciones han tenido crisis cuya repercusión en los medios ha terminado por dirigir las estrategia de comunicación. El tratamiento que dan a los acontecimientos influye directamente en la confianza de los afectados y del público.

Los medios difunden información obtenida en diversas fuentes y dan apoyo a las víctimas. Intervienen en la interpretación emocional de los hechos y multiplican la notoriedad hasta el punto de globalizar su trascendencia. Son, en definitiva, sujetos presentes y a veces participantes en el desarrollo de los hechos.

Por esta razón, se convierten en elementos clave para la superación de la crisis la credibilidad lograda antes de que se hicieran públicos los acontecimientos que la provocaron y el tipo de relación creada con los medios de comunicación. Ambos factores se ganan durante la vida normal, por eso puede decirse que las mejores crisis son las que se han gestionado con anterioridad. Esta aseveración implica contradicciones, pero pone de manifiesto las ventajas de actuar de forma comprometida y de comunicar de manera profesional en el día a día.

En relación con los medios la vida normal, entendida como alternativa a una situación de gravedad que altera la normalidad y puede modificar el futuro, debe ser el escenario para cumplir los siguientes objetivos:

1. Definir la política de comunicación e imagen.
2. Crear o actualizar el manual de comunicación.
3. Elaborar un plan de crisis.
4. Designar y formar uno o varios portavoces.
5. Crear y transmitir la oferta de información a los medios.
6. Atender las demandas de los periodistas.
7. Estudiar la orientación y especialización de los medios.
8. Procesar la información publicada.

Departamento de comunicación, gabinete de prensa y portavoz oficial son responsables directos a la hora de construir una relación óptima y una gestión integrada, o al menos coherente, de la comunicación y la imagen intencional de la compañía.

Un momento en el que el plan de comunicación de crisis se pone a prueba es el de las comparecencias, escenarios delicados en los que la actitud y el conocimiento del portavoz van a ser observados y evaluados. Trabajar ambos campos es una baza que permite al representante de la organización ganar seguridad y dominio de la situación.

La vieja alusión a que “los medios electrocutan” está siempre vigente. Pueden dañar el crédito del mensajero, sin embargo en muchos casos éste se siente tan prevenido como atraído por ellos. La preparación es fundamental antes de ir a un plató de televisión, entrar en directo en la radio, contestar a las preguntas de un periodista o

comparecer en una rueda de prensa. En todos los casos debe haber una justificación para la presencia del portavoz o portavoces y un trabajo previo de definición de sus objetivos.

Con preparación o sin ella, estarán dando una imagen, transmitiendo ideas y ofreciendo una información que provocarán una respuesta del periodista y de la audiencia.

VERDADES *COMO PUÑOS*

Todas las crisis terminan por enseñarnos que lo que verdaderamente las diferencia es la forma de afrontarlas. Dos o tres ideas claras suelen ser la inspiración de la estrategia elegida para solventarlas y, si es posible, convertirlas en una oportunidad.

De todo lo dicho sobre la gestión de la comunicación corporativa e institucional en momentos de crisis, quizá quepa reflexionar que las claves más útiles no son tan diferentes de las que sirven en las relaciones personales. ¿Le sorprende que diga esto? Vea si, en caso de estar siendo juzgado, éstas pueden ser la ideas esenciales para salir bien parado:

Elija tomar la iniciativa

Cuando tu presente y tu futuro están comprometidos hay que tomar la iniciativa. La fórmula es actuar y comunicar. Si separas una de otra se hará fuerte la sospecha de implicado, responsable de los hechos o culpable.

Si un portavoz no comparece o no contesta se interpretará como una evidencia de que oculta algo, como mínimo su incompetencia y, a través de ella, la de la organización a la que pertenece.

Comunicarse es una verdadera necesidad

Cuando nuestra imagen está en tela de juicio debido a circunstancias o hechos en los que hemos tenido que ver, es preciso intervenir escuchando y hablando.

Si los interesados no obtienen la información de tu propia voz, manejarán la que encuentren en otras fuentes. Dicho de otro modo, si tu no hablas, otros lo harán por ti.

Éste es, también, un asunto de percepciones

En los mercados hace tiempo que se sabe que no se libra una guerra de productos, sino de percepciones. Precisamente por eso, los individuos descubren, temprano o tarde, los beneficios de desarrollar sus habilidades comunicativas y las organizaciones de profesionalizar la función de comunicación.

Al final de cada crisis, cuando se haya dado formalmente por cerrada, conviene recordar a Aristóteles y creer que el paso más importante es convertir la información en conocimiento, así las dificultades se habrán convertido, con suerte, en una oportunidad.

Factores que desencadenan las crisis. Tipos de crisis. Una vision desde la Administración de Salud Pública

Francisco de Asís Babín Vich

Director Instituto de Adicciones de Madrid Salud
Ayuntamiento de Madrid

La gestión y comunicación en situaciones de crisis, se han convertido hoy en parte del desempeño de la función de Salud Pública, resultado por un lado, del derecho a la protección de la salud, consagrado en nuestra Constitución, y de otra de la demanda permanente de “riesgo cero” que el ciudadano formula, más allá incluso de lo que la ciencia le puede ofrecer, focalizando dicho anhelo hacia los poderes públicos, a los que el ciudadano otorga de modo casi exclusivo el papel de garante de la interpretación que hace del mencionado derecho.

Sólo en circunstancias en que un bien o un servicio sea perfectamente relacionable con una empresa productora del mismo, la demanda de seguridad del ciudadano se repartirá entre la empresa y la administración.

Las crisis surgen en aquellas circunstancias en que de la interacción entre ambiente y población se desprende un riesgo real o teórico, definiendo la instauración de la misma una serie de variables que desarrollaremos más adelante, al tener como efecto la percepción de que “los responsables” no están dando respuesta satisfactoria a dicho desajuste.

En su conformación, existen por tanto tres tipos de agentes, que de modo omnipresente, aunque con distinto nivel de responsabilidad, van a ir desgranando su papel a todo lo largo de la misma, tendiendo a la resolución cuando las versiones de los tres sean coincidentes e inveterándose cuando no se consiga esa identificación

común de la entidad del riesgo y las vías para su resolución. Nos referimos a:

- Los ciudadanos, a través del criterio que conforman mediante la información aparecida en los medios de comunicación.
- Los poderes públicos, como garantes del derecho a la protección de la salud.
- El hecho valorado como un riesgo, frente al cual el ciudadano se siente más o menos indefenso.

Curiosamente, no se suele demandar que sea actor de la crisis quien origina el riesgo, aunque si está llamado a sufrir de modo inequívoco los resultados de la misma en términos económicos, judiciales y comerciales hasta el punto de ponerse en riesgo su propia viabilidad

LAS CRISIS EN EL ESTADO ESPAÑOL

Durante los últimos años, han sido múltiples las crisis reales o percibidas por la población en España en relación a acontecimientos ligados a las funciones de salud pública, con especial énfasis en el consumo de alimentos o a otros aspectos medioambientales.

Así, en mayo de 1981, la aparición del síndrome del aceite tóxico, consecuencia del desvío fraudulento al consumo de aceite de colza desnaturalizado, supuso la aparición de más de 20.000 enfermos, no sólo con un importante número de fallecidos, sino con graves secuelas que, aún hoy, prevalecen entre los afectados. Del modelo adoptado para la atención a los afectados se derivaría más tarde nuestro actual sistema de atención primaria de salud.

En épocas más recientes, la aparición en el mercado de productos contaminados por dioxinas en alimentos procedentes de Bélgica, supuso una dura prueba para los servicios de Salud Pública de todo el estado español. La encefalopatía espongiforme vobina, y su repercusión económica tanto por el saneamiento de la cabaña ganadera, como por la intensa caída de la demanda en relación a la adquisición de productos cárnicos, ha supuesto no sólo un ejemplo de crisis alimentaria, sino también del más amplio desarrollo normativo en defensa de la seguridad alimentaria que se hubiera producido nunca en el contexto de la Unión Europea.

Otras situaciones ambientales relacionadas con la exposición a uranio empobrecido entre nuestras tropas destacadas como fuerzas de pacificación en la guerra de los Balcanes, las permanentes demandas de estudios epidemiológicos sobre agregaciones de casos de cáncer supuestamente relacionados con estaciones base de telefonía móvil, así como la irrupción en el mercado de alimentos transgénicos, suponen nuevos ejemplos de cómo determinadas acciones relacionadas casi siempre con las tecnologías, son percibidas por la población como nuevos riesgos,

demandando de la administración sanitaria especiales medidas de precaución para controlarlos.

En fechas más recientes, las investigaciones publicadas sobre los niveles de determinadas sustancias en el salmón de piscifactoría, la seguridad de los productos pesqueros y de marisqueo en las zonas donde se produjo el vertido del “Prestige”, o el hipotético riesgo para el consumidor por el consumo de carne de ave, relacionándolo con el brote de peste aviar acaecido en ocho países asiáticos, son ejemplos de lo que podría haber dado lugar a sendas crisis, de no haber mediado respuestas percibidas como convincentes por parte de las autoridades concernidas en el control de la seguridad a lo largo de la cadena alimentaria.

FACTORES QUE DESENCADENAN LAS CRISIS

En la generación de una crisis, como hemos dicho, intervienen jugando papeles definidos la población, los medios de comunicación, y las autoridades. La población va a percibir un riesgo elevado (real o no), exigiendo una respuesta inmediata a los responsables sanitarios que en muchas ocasiones no están en condiciones de dar. Piénsese que ante cualquier juicio de valor que se instala en la opinión pública en pocas horas a través de un titular de prensa, radio o televisión, y puede tener su origen en cualquier lugar del mundo, la acción técnica precisa en muchos casos de estudios experimentales y contrastes de información antes de poder trasladar a la población su propia versión de los hechos.

Los medios de comunicación, generan las noticias atendiendo a múltiples fuentes, en sus códigos deontológicos existe la obligación de contrastar la información, pero en las normas “no escritas” del oficio se presta especial atención a circunstancias en las que se pueda presuponer la ocultación de información, o el hecho de que primen intereses económicos o industriales, sobre el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos.

Las autoridades tienden sistemáticamente a negar el riesgo y achacar la crisis a los medios de comunicación.

Ante estas situaciones, la Salud Pública, se convierte una vez más en referente a la hora de formalizar el estudio, evaluación y control, de la posible exposición sobre la salud de la población. Para ello, y en aras de dar una respuesta eficaz, se han de aplicar a la gestión de crisis y a la información derivada de las mismas conocimientos de psicología, sociología y ciencias de la salud.

Entre los factores que dan lugar a la generación de una crisis, debemos prestar atención en primer lugar a la propia población, siendo conscientes, de que las personas legas, no necesariamente tienen percepciones erróneas, sino que tienen su

propia racionalidad y tienden a ordenar los impactos de mayor o menor de forma similar a la realidad. No obstante existen sesgos en el sentido de sobrevalorar o infravalorar el riesgo en determinadas situaciones: aumentándolo en circunstancias relacionadas con catástrofes o accidentes; disminuyéndolo en relación al papel que sus propios hábitos pueden jugar en la generación de patologías como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, o la diabetes por sólo citar algunos ejemplos.

Estos sesgos presentes en la población, se dan en igual medida en los distintos colectivos que la componen, ya sean científicos, administradores, políticos, periodistas, y en todos los casos de un modo predecible.

Así provocan percepciones de riesgo exacerbadas y multiplicativas las situaciones que se viven como impuestas e involuntarias (contaminación atmosférica frente a consumo de tabaco); distribuidas de forma desigual (algunos se benefician, mientras otros sufren las consecuencias); en las que no hay forma de evitarlas tomando precauciones personales; también cuando son nuevas o poco conocidas por la ciencia, máxime si pueden acarrear consecuencias graves; y en todos los casos en que se producen declaraciones contradictorias por parte de diversos responsables.

En estas circunstancias, muchas veces tendemos a achacar el origen de la crisis a los medios de comunicación que, sin embargo, pretenden actuar en función del papel que la sociedad les asigna como transmisores hacia la población de la realidad noticiable. No obstante, ciertas carencias de la organización periodística, tienden si no a generar, si a incrementar y mantener la percepción de crisis, entre ellas cabe destacar: un cierto déficit a la hora de la identificación de expertos con los que contrastar la información; circunstancias derivadas de la línea editorial del medio en cuestión; la especial sensibilidad por determinadas situaciones como son la detección de una institución o persona a la que podrá responsabilizar, máxime si se percibe que se intentan falsear los datos, etc.

Para los medios de comunicación es “experto” todo aquel que con un aval teórico está dispuesto a hacer declaraciones que permitan al periodista justificar que ha contrastado la información. Nunca se pondrá en tela de juicio la objetividad de quién como experto hable en su nombre desde una posición ajena a la Administración. Esto unido al resto de factores comentados, hacen necesario adoptar una línea de máxima transparencia con los medios de comunicación, garantizando además que seamos los que expliquemos la magnitud del riesgo en base a la información científica disponible, reivindicando y ocupando el papel del “experto” desde la empresa o desde la propia Administración, sobreponiendo el valor de su actuación a la de otros no exentos de sus intereses particulares.

LA COMUNICACIÓN DE RIESGOS

En estas circunstancias las técnicas de comunicación de riesgos persiguen como objetivo disminuir la preocupación injustificada y llevar el riesgo percibido en línea con el riesgo real. Para ello es necesario desarrollar políticas que ajustadas a ese riesgo sean percibidas como razonables por la población, tendiendo además a mantener el resto de prioridades de la administración que no pueden verse alteradas por las circunstancias sobrevenidas.

Para ello es necesario tener en cuenta, que lo que es percibido como real, es real para las personas que así lo perciben y real en sus consecuencias, lo que exige anticipar respuestas ante aquellas circunstancias que aunque se traten de epidemias “fantasmas” generan auténticas epidemias de miedo.

El fin de la comunicación de riesgos es establecer confianza y credibilidad, para ello es necesario centrarse más en la comunicación y menos en la transferencia de información técnica y hechos; es necesario generar un reconocimiento por parte de todos de la autoridad técnica y sanitaria de modo que se encuentre legitimada para liderar la investigación y es igualmente necesario definir los interlocutores y portavoces de modo se sean percibidos como válidos y transmitan sus mensajes con una voz razonablemente uniforme.

La comunicación de riesgos es una habilidad que requiere gran cantidad de conocimientos, preparación y práctica, así como tener en cuenta que los mensajes van a ser juzgados en primer lugar por la fuente y sólo en segundo lugar por el contenido. De este modo las acciones que se lleven a cabo serán la mejor garantía, siendo mucho más elocuentes que las palabras, sobre todo si se ejecutan en un contexto de transparencia que refuerza la confianza y teniendo en cuenta que los mensajes no sólo dependen de su contenido sino de la forma en que se comunica.

Las claves del mensaje son:

- Incluir todos los puntos de vista (grupos de afectados).
- Hacer una declaración clara y precoz de que el objetivo que se pretende es proteger la salud.
- Claridad apertura y sinceridad sobre qué es lo que se conoce sobre un riesgo específico y qué es lo que no se conoce.
- Obtener tan pronto como sea posible información basada en pruebas.

TIPOS DE CRISIS

De un modo absolutamente indicativo vamos a catalogar algunos de los tipos de crisis más frecuentes, su génesis y la estrategia fundamental de actuación.

Derivadas de la globalización:

- Se producen cuando el ciudadano observa en su domicilio lo que ocurre a miles de kilómetros de distancia, hiriendo su sensibilidad o favoreciendo la duda sobre la seguridad del mismo producto autóctono.
- Hay que adoptar precozmente medidas que supongan garantías de no importación del problema, preservando la seguridad del producto propio.
- Suele ser factible explicar técnicamente la situación y la ausencia de riesgo real.

Derivadas de la ausencia de conocimiento científico:

- Se producen cuando se introduce como bien de consumo un producto nuevo cuya seguridad es puesta en cuestión por "expertos".
- La vía de establecimiento de garantías es eminentemente normativa, asociada a altas dosis de transparencia en ese sector.
- Existe una dificultad teórica al trabajar con la "hipótesis nula*" desde la perspectiva epidemiológica, de tal modo que lo que se puede asegurar es que los estudios no han detectado problemas, no que no los haya.

Desabastecimiento de productos considerados imprescindibles o cuya ausencia pueda suponer un riesgo para la salud:

- Se producen cuando el ciudadano percibe que existe un riesgo para su salud no en un producto, sino en la ausencia del mismo. Suelen relacionarse más con medicamentos, vacunas, etc., que con productos o bienes de consumo.
- Es necesario documentar el origen del desabastecimiento, su duración y la fecha límite para su reposición, incluyendo el efecto sobre la salud y las alternativas si las hubiere para garantizar las necesidades perentorias.
- En caso de que el desabastecimiento sea de un producto necesario para el control de un producto final y afecte a un eslabón intermedio de la producción es necesario paralizar la misma hasta disponer de alternativa con el mismo o superior nivel de seguridad.

Derivadas de la seguridad de los productos de consumo:

- Se dan cuando se produce cualquier déficit en la calidad, seguridad, conservación, aspecto o integridad del producto ya que todo ello va a repercutir sobre la imagen de seguridad.
- Se afrontará inmediatamente la retirada del producto y la corrección de los problemas inherentes a su producción, dando cuenta inmediata a la sociedad de este hecho y de la actitud a tomar en el caso de que cuente con existencias en su domicilio.

LA HIPÓTESIS NULA

La ciencia epidemiológica utiliza técnicas estadísticas para determinar la probabilidad de que un fenómeno observado se deba a una asociación directa causa-efecto y no al mero azar, aceptándose por convenio que dicha asociación existe cuando la probabilidad de que la misma se presente por efecto del azar es menor del 5%.

La hipótesis nula, al plantear una investigación epidemiológica, presupone que no existen diferencias significativas entre dos grupos a comparar. Por ejemplo, supongamos que un investigador cree que si un grupo de jóvenes se somete a un entrenamiento intensivo de natación, éstos serán mejores nadadores que aquellos que no recibieron entrenamiento. Para demostrar su hipótesis toma al azar una muestra de jóvenes, y también al azar los distribuye en dos grupos: uno que llamaremos experimental, el cual recibirá entrenamiento, y otro que no recibirá entrenamiento alguno, al que llamaremos control. La hipótesis nula señalará que no hay diferencia en el desempeño de la natación entre el grupo de jóvenes que recibió el entrenamiento y el que no lo recibió.

Una hipótesis nula es importante por varias razones:

1. Es una hipótesis que se acepta o se rechaza según el resultado de la investigación.
2. El hecho de contar con una hipótesis nula ayuda a determinar si existe una diferencia entre los grupos, si esta diferencia es significativa, y si no se debió al azar.

Así si al término de la investigación rechazaremos la hipótesis nula cuando podemos demostrar que los entrenados intensivamente son mejores nadadores con una probabilidad de que el efecto encontrado se deba al azar menor del 5%. Ahora bien, si no lo podemos demostrar, no equivale a decir que el entrenamiento no sirve, simplemente podremos decir que en las condiciones del experimento no hemos encontrado que el entrenamiento produzca mejores nadadores; quizá podríamos, por ejemplo, necesitar más entrenamiento durante más tiempo para demostrar las diferencias entre ambos grupos, lo que no significa que no existan.

Y VOLVIENDO AL PRINCIPIO, A MODO DE RESUMEN

Como comenzábamos diciendo, la sociedad demanda garantías a los poderes públicos de que las acciones emprendidas por los operadores económicos no atentarán contra su salud. Frente a este hecho, la epidemiología estudia los efectos sobre la salud de las distintas acciones, con la limitación que supone el tener que plantear la investigación sobre la base de la hipótesis nula, sabiendo que si no puede rechazarla, no significa que el efecto sobre la salud no exista.

Conociendo estos hechos, el abordaje de las diversas situaciones que pueden ser percibidas por la población como de riesgo para su salud, tiene necesariamente que basarse en la demostración fehaciente de que se están disponiendo todos los controles y mecanismos conocidos para minimizar el riesgo al que la población pueda encontrarse expuesta, acometiendo al tiempo las investigaciones que, después de un determinado plazo, permitan aumentar las garantías de inocuidad del producto o práctica en cuestión, todo ello sin alteración notable de las prioridades que en todo momento han de ser mantenidas para garantizar que la atención a un riesgo teórico o desconocido no supone la desatención a riesgos evidentes y verificables por desviación de los recursos en función de la presión social o mediática.

En el desarrollo de esta función, resulta necesario atender de modo prioritario a los individuos que se sienten afectados por el problema, ejecutar las acciones en régimen de estricta transparencia y dominar las técnicas de comunicación para hacer más efectivo el mensaje cuyo objetivo no ha de ser otro, que ayudar a la población a ponderar cada riesgo percibido, comparándolo con el riesgo real, ayudados por la evidencia científica existente o que se pueda generar en cada momento, mediante la oportuna investigación.

Hoy muchas acciones humanas generan incertidumbres a otras personas, pensemos que una importante revista científica, con el advenimiento del teléfono inventando por Sir Alexander Graham Bell, vaticinó un incremento notable de las enfermedades infecciosas como consecuencia del viaje de los microorganismos por el hilo telefónico facilitando una transmisión boca a boca. Este hecho obviamente hoy descartado, podría haber dañado definitivamente, en una sociedad globalizada como la nuestra, el modo que hoy tenemos de comunicarnos y con ello de generar riqueza y bienestar. Frente a estas acciones la educación para la salud de la población es el único método que nos permitirá de cara al futuro, que la sociedad en su conjunto y cada individuo concreto se sienta libre de aceptar o rechazar los riesgos con conocimiento de causa.

Entretanto sepa que su organización puede en cualquier momento entrar en situación de crisis, desarrolle su propio manual de comunicación y gestión de las mismas y ensaye sobre las premisas aquí planteadas, para ser capaz de comunicar con credibilidad cuando la situación lo requiera.

Discusión y casos prácticos de productos pretendidamente sanitarios analizados por el Jurado de Autocontrol de la Publicidad

Mª del Rosario Fernando Magarzo

Directora de Asesoría Jurídica de Autocontrol de la Publicidad

El Real Decreto 1907/1996, se dictó con la voluntad de evitar que se publiciten y comercialicen con una apariencia sanitaria, preventiva o terapéutica, productos que no tienen la consideración legal de medicamentos o especialidades farmacéuticas o productos sanitarios y que, por tanto, no cumplen las estrictas normas y requisitos de control a los que éstos últimos están sometidos y las más de las veces tampoco poseen las cualidades que de ellos se predican. Son los que popularmente se conocen como “productos milagro”.

El artículo 4 de la citada norma concreta el régimen aplicable a este tipo de productos, enumerando un catalogo de prohibiciones en relación con la publicidad y promoción directa o indirecta, masiva o individualizada, de productos, materiales, sustancias, energías o métodos con pretendida finalidad sanitaria: *“1. Que se destinen a la prevención, tratamiento o curación de enfermedades transmisibles, cáncer y otras enfermedades tumorales, insomnio, diabetes y otras enfermedades del metabolismo; 2. Que sugieran propiedades específicas adelgazantes o contra la obesidad; 3. Que pretendan una utilidad terapéutica para una o más enfermedades, sin ajustarse a los requisitos y exigencias previsto en la Ley del Medicamento y disposiciones que la desarrollan; 4. Que proporcionen seguridades de alivio o curación cierta; 5. Que utilicen como respaldo cualquier clase de autorizaciones, homologaciones o controles de autoridades sanitarias de cualquier país; 6. Que hagan referencia a su uso en centros sanitarios o a su distribución a través de oficinas de far-*

macia; 7. Que pretendan aportar testimonios de profesionales sanitarios, de personas famosas o conocidas por el público o de pacientes reales o supuestos, como medio de inducción al consumo; 8. Que pretendan sustituir el régimen de alimentación o nutrición comunes, especialmente en los casos de maternidad, lactancia, infancia o tercera edad; 9. Que atribuyan a determinadas formas, presentaciones o marcas de productos alimenticios de consumo ordinario, concretas y específicas propiedades preventivas, terapéuticas o curativas. 10. Que atribuyan a los productos alimenticios, destinados a regímenes dietéticos o especiales, propiedades preventivas, curativas u otras distintas de las reconocidas a tales productos conforme a su normativa especial; 11. ;12. Que sugieran o indiquen que su uso o consumo potencian el rendimiento físico, psíquico, deportivo o sexual; 13. Que utilicen el término «natural» como característica vinculada a pretendidos efectos preventivos o terapéuticos; 14. Que atribuyan carácter superfluo o pretendan sustituir la utilidad de los medicamentos o productos sanitarios legalmente reconocidos; 15. Que atribuyan carácter superfluo o pretendan sustituir la consulta o la intervención de los profesionales sanitarios; 16. Y, en general, que atribuyan efectos preventivos o terapéuticos específicos que no estén respaldados por suficientes pruebas técnicas o científicas acreditadas y expresamente reconocidas por la Administración sanitaria del Estado".

El Jurado de Autocontrol de la Publicidad –órgano extrajudicial e independiente de resolución de controversias en materia publicitaria– ha tenido ocasión de pronunciarse en numerosas resoluciones, dictadas al amparo del principio de legalidad contenido en la norma segunda del Código de Conducta Publicitaria de Autocontrol, acerca de la aplicación e interpretación que debe darse a distintas prohibiciones contenidas en el precepto antes trascrito. Los principales pronunciamientos del Jurado versan sobre la utilización de alegaciones terapéuticas, preventivas o curativas; sobre la utilización de alegaciones referidas a específicas propiedades adelgazantes y sobre alusiones a la distribución del producto en cuestión a través de oficinas de farmacia. Seguidamente, analizaremos de forma resumida algunas resoluciones ejemplificativas que ponen de manifiesto los criterios fijados por este Jurado en punto a la interpretación del tan citado art.4 del Real Decreto 1907/1996.

a) Productos, materiales, sustancias, energías o métodos que sugieran propiedades curativas, preventivas o terapéuticas.

De las muy numerosas resoluciones dictadas por el Jurado de la Publicidad en este ámbito se desprende que el art.4 del Real Decreto 1907/1996, debe ser interpretado en el sentido de que a menos que hayan quedado acreditadas a través de suficientes pruebas técnicas o científicas fehacientes, expresamente reconocidas por la Administración Estatal, la publicidad de cualesquiera productos, materiales, sustancias, energías o métodos no podrá utilizar alegaciones de tipo sanitario, esto es, alegaciones preventivas, terapéuticas o curativas. No está de mal precisar que tal

prohibición es taxativa, resultando irrelevante a estos efectos que el anunciante aporte otro tipo de pruebas en apoyo de la veracidad de las propiedades sanitarias atribuidas al producto promocionado. Especialmente clarificadora ha resultado en este ámbito la delimitación realizada por el Jurado entre alegaciones sanitarias y alegaciones salud y alegaciones nutricionales, Como el propio Jurado ha destacado en diversos pronunciamientos, a diferencia de las alegaciones sanitarias, la utilización de estas dos últimas resultará lícita siempre que cumplan, respectivamente, las condiciones recogidas en el Acuerdo Interpretativo sobre la publicidad de las propiedades de los alimentos en relación con la salud, concluido entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Federación de Industrias de Alimentación y Bebidas en 1998 y en el Real Decreto 930/1992, de 17 de julio, que regula la Norma de etiquetado sobre propiedades nutritivas de productos.

En punto a la aplicación de esta prohibición resulta indicativa, por ejemplo, la Resolución de 12 de febrero de 2003 (FEBE vs Grupo Garvey "Ponchesterol") relativa al etiquetado y telepromoción de una bebida alcohólica de la que se predican propiedades preventivas en relación con el colesterol a través de expresiones tales como "Ponchesterol Garvey es capaz de influir sobre los niveles de colesterol y saboreándolo estaremos previniendo el colesterol y los riesgos asociados a su exceso en sangre" o "el temido colesterol se puede combatir gracias a esta bebida". En concreto, señaló el Jurado: *"…es fácil concluir que la publicidad objeto del presente procedimiento infringe el principio de legalidad recogido en el artículo 2 del Código de Conducta, en relación con el art.4 del Real Decreto 1907/1996 y con el artículo 4 del Real Decreto 1334/1999. Ya la propia denominación del producto (ponchesterol) sugiere la presencia de específicas propiedades preventivas y curativas. Y esta sugerencia inicial se reitera en la publicidad con expresiones como la siguiente: "El Departamento de nutrición y desarrollo del Grupo Garvey ha elaborado el Lipsol, una estudiada combinación de vitaminas y extractos vegetales que completan de forma óptima las características de Ponchesterol. Los estudios científicos realizados en colaboración con prestigiosas instituciones científicas independientes demuestran que Lipsol es capaz de influir sobre los niveles de colesterol".*

Llegados a este punto debe precisarse que el Jurado de la Publicidad ha entendido que, en todo caso, la citada prohibición no alcanza a las que se denominan alegaciones salud, alegaciones en las que se predica algún tipo de beneficio para la salud derivado de la utilización de los productos en cuestión pero sin aludir a efectos preventivos o terapéuticos de los mismos. En este sentido, manifiesta el Jurado de la Publicidad en su resolución de 14 de enero de 2003 (AUC vs. Orafti "Beneo"): *"Entiende este Jurado que debe trazarse una clara distinción entre aquéllas hipótesis en las que la publicidad d eun producto (en este caso un alimento) afirma o sugiere la existencia de una relación entre un alimento o uno de sus constituyentes y la salud o alude a la función de uno o varios nutrientes o constituyentes de un alimento en el organismo y aquellos otros casos en los que se atribuyen al producto*

promocionado propiedades preventivas o terapéuticas específicas de alguna o algunas enfermedades, ya se expresen éstas en la publicidad o no. EL tenor literal de las normas antes transcritas lleva a este Jurado a concluir que sólo la segunda de estas categorías se encuentra prohibida por el Decreto sobre publicidad y promoción de productos con pretendida finalidad sanitaria. (…) Este Jurado, por lo demás, ya ha tenido ocasión de señalar que, a la hora de trazar la línea divisoria entre las alegaciones preventivas o terapéuticas y aquellas otras que se limitan a destacar la existencia de una relación entre el producto promocionado y la salud, reviste un indudable valor el Acuerdo Interpretativo concluido entre el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Federación de Industrias de Alimentación y Bebidas en la medida en que este texto contiene una lista abierta de alegaciones que se consideran preventivas y, por ende, prohibidas por el Real Decreto sobre publicidad y promoción de productos con pretendida finalidad sanitaria".

Finalmente, el Jurado ha recordado también la exclusión de aplicación de la citada prohibición del art.4 a las denominadas "alegaciones nutricionales" cuya utilización resulta lícita siempre que se ajusten a lo dispuesto en el Real Decreto 930/1992, de 17 de julio que regula la Norma de etiquetado sobre propiedades nutritivas de productos. Resulta ilustrativa a este respecto la Resolución de 26 de marzo de 2003 (AUC vs. GRUPO LECHE PASCUAL "Leche Pascual con calcio") en la que se señala *"El artículo 4.9 del Real Decreto 1907/1996, de 2 de agosto, sobre publicidad y promoción comercial de productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria prohíbe la publicidad "que atribuya a determinadas formas, presentaciones, o marcas de productos alimenticios de consumo ordinario, concretas y específicas propiedades preventivas, terapéuticas o curativas". No obstante, debe recordarse que el Real Decreto 930/1992, de 17 de julio, que regula la Norma de etiquetado sobre propiedades nutritivas de productos permite la utilización de alegaciones de tipo nutricional, que sean veraces y comprobables. Pues bien, estima este Jurado que las alegaciones contenidas en la publicidad reclamada no pueden ser consideradas alegaciones preventivas o terapéuticas sino, antes bien, alegaciones de tipo nutricional. En efecto, la publicidad reclamada se limita a poner de manifiesto las cualidades nutricionales de la leche promocionada –en concreto, su contenido en calcio y vitamina D– y sus consiguientes efectos beneficiosos, pero en ningún momento indica que el consumo de tal producto evite la existencia de alguna concreta enfermedad o contribuya a paliar o curar la misma".*

b) Productos, materiales, sustancias, energías o métodos que sugieran propiedades específicas adelgazantes o contra la obesidad.

Del análisis sistemático de las resoluciones dictadas por el Jurado en aplicación del art.4.2 del Real Decreto 1907/1996 se desprende que tal prohibición alcanza a cualesquiera expresiones en las que de una forma u otra se alude a propiedades específicas adelgazantes o que combaten la obesidad. Sirva como ejemplo la Resolución de 17 de diciembre de 1996 (FACUA-CECU vs. MERCK "Biomanan especial fibra") en la que se declara que la expresión "adelgazando sin necesidad de pasar por la dieta baja en calorías", infringe el citado precepto; o la más reciente Resolución de 24 de febrero de 2003 (CECU vs. CALYPSO VERTRIEB "Cápsulas de en la que se condena por idéntico motivo la publicidad de unas cápsulas en la que se incluían, entre otras, expresiones tales como *"Cómo perder peso sin perder salud", "es el reductor de grasa más natural"* o *"si desea perder un par de kilos"*. Por el contrario, ha entendido el Jurado de la Publicidad que tal prohibición no alcanza a aquellas alegaciones publicitarias que sin atribuir al producto alimenticio promocionado propiedad adelgazante alguna, simplemente indiquen que el producto "ayuda a controlar el nivel de peso" o "te ayuda a no engordar". Así se ha puesto de manifiesto, entre otras, en la Resolución de 10 de enero de 2003 (ANEABE vs. PEPSICO "Aquafina") en el que se declaró la licitud de la expresión *"nos ayuda a controlar nuestro nivel de peso"* por entender que *"En la publicidad objeto de análisis, en efecto, no se atribuye al agua promocionada ninguna propiedad adelgazante; solo se indica que ayuda a controlar el nivel de peso, expresión ésta que un consumidor medio difícilmente entenderá en el sentido de que el consumo del agua promocionada genera un efecto de adelgazamiento"*. En todo caso, debe tenerse presente que tal tipo de alegaciones constituyen alegaciones salud y, como tales vienen obligadas a cumplir las exigencias para la utilización de este tipo de alegaciones recogidas el Acuerdo Interpretativo sobre la publicidad de las propiedades de los alimentos en relación con la salud FIAB-MSACO, de 1998.

c) Uso publicitario de testimonios de profesionales sanitarios, de personas famosas o conocidas por el público o de pacientes reales o supuestos, como medio de inducción al consumo.

Otra de las prohibiciones recogidas en el tan citado art. 4 del Real Decreto 1907/1996 que ha sido objeto de análisis por parte del Jurado de la Publicidad es la que se refiere a la utilización publicitaria de profesionales sanitarios, de personas famosas o conocidas por el público o de pacientes reales o supuestos como medio de inducción al consumo, recogida en el apartado séptimo. Vid. a modo de ejemplo la Resolución dictada el 3 de abril de 2003 (CECU vs. GREEN MAIL "Algoxyll 500").

En punto al alcance de esta prohibición, el Jurado ha declarado que la misma no resulta aplicable en aquellos casos en que quienes aparecen en el anuncio ensalzando las cualidades del producto son simples usuarios o consumidores que no pueden ser catalogados como "pacientes". Así lo señaló el Jurado en su Resolución de 30 de julio de 2002 (AUC vs. Laboratorios Menthol House "Revital"): *"los testimonios de varias personas que aparecen en el spot reclamado que a juicio de esta sección no pueden ser calificadas de "pacientes" en el sentido de lo previsto en el art.4.7 del Real Decreto 1907/1996. En opinión de esta Sección estamos simplemente ante los testimonios de corrientes usuarios, que no se presentan ante los*

consumidores como "pacientes" o personas que sufren algún tipo de dolencias en concreto. Por ello consideramos no les resulta de aplicación la prohibición del art.4.7"

d) Referencia publicitaria a distribución a través de oficinas de farmacia.

Como hemos indicado, el art.4 en su apartado prohíbe que cualesquiera productos, materiales, sustancias, energías o métodos con pretendida finalidad sanitaria *"hagan referencia a su uso en centros sanitarios o a su distribución a través de oficinas de farmacia"*. Como ha precisado el Jurado de la Publicidad en su Resolución de 1 de junio de 2000 (AUC vs. Johnson & Johnson "New Deep Clean Neutrógena") *"El motivo de fondo de esta prohibición es impedir que los productos que legalmente no tienen la consideración de medicamentos o productos sanitarios, aparezcan publicitariamente relacionados de algún modo, con los establecimientos o profesionales farmacéuticos, porque de este modo el consumidor podría atribuirles alguna utilidad sanitaria de la que carecen, cuando el producto en cuestión, como es el presente caso, es un limpiador facial"*. Y a estos efectos resulta irrelevante –como ha hecho constar en su pronunciamiento de ("") que el único canal de venta utilizado por el anunciante sea el canal farmacéutico. Dicho con otras palabras, tal circunstancia no del cumplimiento del citado precepto, el cual no prevé ninguna excepción a este respecto.

Por lo demás, del análisis de las resoluciones del Jurado en este ámbito se desprende que tal prohibición es aplicable a cualesquiera expresiones que aludan de un modo u otro a la distribución del producto en farmacias. En este sentido el Jurado de la Publicidad ha declarado la ilicitud de expresiones tales como "en farmacias", "de venta en farmacias", "lo tienes en tu farmacia", "lo encontrarás en tu farmacia" e incluso expresiones tales como "consulte a su farmacéutico", "pida consejo a su farmacéutico" y similares.

La publicidad de alcohol como inductor de consumo

José A. García del Castillo R.
Director Instituto de Investigación de Drogodependencias
Universidad Miguel Hernández de Elche

Carmen López Sánchez
Dpto. de Sociología II, Psicología, Comunicación y Didáctica
Universidad de Alicante

Mª Carmen Quiles Soler
Dpto. de Sociología II, Psicología, Comunicación y Didáctica
Universidad de Alicante

El papel de los medios de comunicación, como un importante vehículo para la socialización de los individuos, nos hace volver la mirada a los contenidos que a través de ellos se difunden. La publicidad, como herramienta de comunicación al servicio de las empresas productoras de bienes y servicios, asume un papel que, más allá de su carácter vinculado a aspectos comerciales, contribuye a la formación de los hábitos de conducta de determinados grupos sociales. Asimismo, la actividad publicitaria ejerce una gran influencia en la creación de estilos de vida, en la transformación de actitudes y en la adopción de determinados valores por parte de los destinatarios de la misma, convirtiéndose en un verdadero punto de referencia para un número importante de individuos.

Más allá de un producto, la publicidad nos vende un determinado estilo de vida, unos valores concretos, una actitud hacia un fenómeno determinada, y en este sentido, cuando hablamos del alcohol la publicidad no puede utilizar argumentos racionales para conseguir que el público adquiera el producto; debe, por lo tanto, acercarse al universo valorativo de quienes son su público objetivo para conseguir vincularles al producto. Del mismo modo que no compramos un perfume, al menos exclusivamente, por su fragancia sino porque nos hace estar más guapos o porque nos va a ayudar a ligar más la noche de un sábado, no consumimos una marca de ron determinada, al menos exclusivamente, por su sabor sino porque lo que realmente consumimos es un estilo de vida y unos valores que nos permiten formar parte de un grupo social determinado.

En su búsqueda de captar nuevos consumidores o incrementar el número que ya le son fieles, la industria del alcohol utiliza la publicidad como mecanismo de aproximación a su público, enfatizando toda una serie de valores que le son más útiles para sus objetivos, es decir, para favorecer el consumo del producto en cuestión.

Los estudios que determinan las actitudes y comportamientos de los consumidores hacia la publicidad de bebidas alcohólicas y hacia el producto en sí mismo, se utilizan fundamentalmente para establecer relaciones entre la exposición a la publicidad de ese producto y el consumo (Atkin, Hocking y Block, 1984; Grube y Wallack, 1994; Wyllie, Zhang y Casswell, 1998; Casswell y Zhang, 1998; Kelly y Edwards, 1998; Weintraub y Knaus, 2000; Andsager, Weintraub y Pinkleton, 2002)

Con el objeto de ver el modo en que la industria del alcohol se sirve en sus manifiestos publicitarios de determinados valores considerados de riesgo para el consumo, nos propusimos realizar un análisis de contenido de diversos mensajes difundidos en la revista Muy Interesante a lo largo del periodo de tiempo comprendido entre el año 2001 y el año 2003.

De manera más específica nos trazamos los siguientes objetivos:

1. Identificar los valores transmitidos por la publicidad de bebidas alcohólicas, a partir de la valoración de los expertos.
2. Conocer los valores percibidos por la población joven en la publicidad de bebidas alcohólicas.

MÉTODO

Se ha utilizado una metodología mixta donde si bien el instrumento de recogida de información es cuantitativo, tanto la elección de los informantes claves como el análisis posterior responde a criterios cualitativos. Mediante la aplicación de un cuestionario a dos grupos de informantes claves (uno de expertos y otro de jóvenes), se pretende obtener información acerca del contenido valorativo de la publicidad de bebidas alcohólicas. El grupo de expertos estaba integrado por siete profesionales, de ambos sexos, del ámbito de la publicidad, la psicología, la sociología, la medicina y de la docencia. El grupo de jóvenes lo formaban siete chicos y chicas de entre 19 y 22 años matriculados en diferentes titulaciones ofertadas por las Universidades Públicas de la Provincia de Alicante en el curso académico 2004-2005.

LA PUBLICIDAD DE ALCOHOL EN LA REVISTA MUY INTERESANTE

El corpus de análisis estaba compuesto por un total de 380 inserciones publicitarias y 207 originales diferentes. La mayoría de los manifiestos adoptaron un formato de ‘página completa’ (66.8%) e iban a color (99%).

INSTRUMENTO DE ANÁLISIS

Para el análisis de la publicidad se ha utilizado una escala de treinta y un ítems, que recoge un conjunto de valores sobre los que se deberá registrar su fuerza presencial en los anuncios objeto de análisis. La escala ha sido tomada y modificada de un estudio realizado recientemente en el que, entre otros objetivos, se trataba de identificar los valores presentes en la publicidad general dirigida a los jóvenes. Dicha investigación ha sido objeto del libro publicado bajo la denominación: Jóvenes y Publicidad. Valores de la comunicación publicitaria para jóvenes (Sánchez Pardo, Megías, Rodríguez San Julián, 2004).

PRINCIPALES RESULTADOS

En términos generales hay que puntualizar que la intensidad percibida por los codificadores (tanto en el caso de los expertos como de los jóvenes) de los valores propuestos en la publicidad analizada es muy reducida. No obstante, observamos que los valores más presentes en la publicidad de alcohol son: *el éxito social o profesional, la experimentación de nuevas sensaciones, el disfrutar del tiempo libre, la libertad, le independencia, el poder, la seducción, la capacidad para elegir, el hedonismo, la construcción de la propia realidad, romper los límites, la atracción sexual y la seducción*, todos ellos valores considerados de riesgo para el consumo de alcohol. Pudimos observar que el grupo de valores considerados disuasorios como: *el esfuerzo personal, mantener y cuidar la salud, los comportamientos éticos, prepararse para el futuro, la armonía familiar, la solidaridad o el compromiso social,* bien no aparecen en la publicidad analizada o si lo hacen, su intensidad es muy escasa.

Tabla 1. Ranking de valores percibidos en la publicidad de alcohol (considerando de forma conjunta el análisis de los jóvenes y de los expertos)

VALORES CON MAYOR INTENSIDAD	
Éxito profesional o social	2,2
Experimentar nuevas sensaciones	2
Disfrutar del tiempo libre	1,92
Libertad	1,84
Independencia	1,7
Poder	1,67
Seducción	1,66
Capacidad para elegir	1,64
Hedonismo	1,63

Construcción de la propia realidad	1,54
Romper los límites	1,53
Atracción sexual	1,52
Trasgresión	1,48
Rebeldía	1,46
Vivir el presente	1,45
Amistad	1,44
PROMEDIO GENERAL	**1,44**
Pertenencia a un determinado grupo	1,43
Tener y/o consumir cosas	1,43
Cuidado de la imagen personal	1,38
Competitividad	1,37
Riesgo	1,34
Diferenciación de los adultos	1,28
Identificación con otros jóvenes	1,27
Diferenciación de otros jóvenes	1,16
Esfuerzo personal	1,12
Mantener y cuidar la salud	1,1
Comportamientos éticos	1,06
Prepararse para el futuro	1,03
Armonía familiar	1,02
Solidaridad	1,02
Compromiso social	1,02

VALORES CON MENOR INTENSIDAD

Si realizamos el análisis por separado de las respuestas emitidas por cada uno de los grupos de analistas, observamos que las puntuaciones varían en algunos casos. A pesar de ello queda clara la mayor intensidad de valores considerados tradicionalmente como juveniles, frente a la escasa o nula presencia de valores "socialmente deseables por parte de los adultos" (Sánchez Pardo, Megías y Rodríguez San Julián, 2004:88).

Tabla 2. Promedios de las puntuaciones de los expertos y los jóvenes

Promedios puntuaciones grupo de expertos		**Promedios puntuaciones grupo de jóvenes**	
Disfrutar del tiempo libre	2,0	Éxito profesional o social	2,66
Hedonismo	1,89	Experimentar nuevas sensaciones	2,24
Libertad	1,78	Poder	2,03
Experimentar nuevas sensaciones	1,76	Libertad	1,9
Éxito profesional o social	1,72	Disfrutar del tiempo libre	1,84
Seducción	1,69	Independencia	1,81
Independencia	1,6	Capacidad para elegir	1,74
Atracción sexual	1,58	Romper los límites	1,70
Capacidad para elegir	1,55	Construcción de la propia realidad	1,68
Trasgresión	1,52	Seducción	1,62
Amistad	1,48	Tener y/o consumir cosas	1,58
Pertenencia a un determinado grupo	1,48	Rebeldía	1,51
Rebeldía	1,41	Vivir el presente	1,49
Construcción de la propia realidad	1,40	Competitividad	1,49
Vivir el presente	1,40		
		PROMEDIO GENERAL	**1,49**
PROMEDIO GENERAL	**1,39**		
		Atracción sexual	1,46
Romper los límites	1,36	Trasgresión	1,45
Cuidado de la imagen personal	1,33	Cuidado de la imagen personal	1,42
Poder	1,30	Riesgo	1,42
Identificación con otros jóvenes	1,29	Pertenencia a un determinado grupo	1,39
Tener y/o consumir cosas	1,28	Amistad	1,39
Diferenciación de los adultos	1,28	Hedonismo	1,37
Riesgo	1,26	Diferenciación de los adultos	1,28
Competitividad	1,25	Identificación con otros jóvenes	1,25
Esfuerzo personal	1,12	Diferenciación de otros jóvenes	1,21
Mantener y cuidar la salud	1,11	Esfuerzo personal	1,11
Diferenciación de otros jóvenes	1,11	Mantener y cuidar la salud	1,09
Comportamientos éticos	1,04	Comportamientos éticos	1,08
Compromiso social	1,03	Prepararse para el futuro	1,04
Solidaridad	1,03	Armonía familiar	1,03
Armonía familiar	1,02	Solidaridad	1,01
Prepararse para el futuro	1,01	Compromiso social	1,0

CONCLUSIONES

1. Los jóvenes observan, en la publicidad analizada, una mayor intensidad de los valores de tipo *aventurero-transgresores* (1.63), *idealistas* (1.7), *pragmáticos* (1.94) y *de diferenciación* (1.24).
2. Por otra parte, los expertos sobresalen en las puntuaciones medias de los factores *hedonistas-relacionados con la imagen y el sexo* (1.7), valores de *identificación* (1.38).
3. Podemos afirmar, que la publicidad de alcohol utiliza en sus manifiestos aquellos valores de riesgo más importantes para la población joven. No obstante, nos encontramos con toda una serie de valores relacionados con la solidaridad, el compromiso social y la ética, que si bien son considerados como importantes por los mismos, no se muestran en la publicidad analizada. Esto se debe a que la publicidad sólo utiliza en sus manifiestos aquellos valores que le son útiles para sus objetivos y este no es el caso de los anteriormente mencionados.

Referencias Bibliográficas

ANDSAGER J, WEINTRAUB E, PINKLETON B. (2002). "Gender as a variable in interpretation of alcohol-related messages", Communication Research, 29(3):246-269.

ATKIN C.K, HOCKING J, BLOCK M. (1984). "Teenage drinking: Does advertising make a difference?", Journal of Advertising Research; 19(4):19-29.

CASSWELL S, ZHANG J. (1998). "Impact of liking for advertising and brand allegiance on drinking and alcohol-related aggression: a longitudinal study", Addiction, 93(8):1209-1217.

GRUBE J, WALLACK L. (1994). "Television beer advertising and drinking knowledge, beliefs and intentions among schoolchildren", American Journal of Public Health, 84(2):254-259.

KELLY K, EDWARDS R. (1998). "Image advertisements for alcohol products: is their appeal associated with adolescents' intention to consume alcohol?", Adolescence, 33(129):47-59.

SÁNCHEZ PARDO, L.; MEGÍAS, E y RODRÍGUEZ SAN JULIÁN, E. (2004). Jóvenes y publicidad: valores en la comunicación publicitaria para jóvenes. Madrid: FAD e INJUVE.

WEINTRAUB E, KNAUS C. (2000). "Predicting the potential for risky behaviour among those 'too young' to drink as the result of appealing advertising", Journal of Health Communication, 5:13-27.

WYLLIE A, ZHANG J, CASSWELL S. (1998). "Positive responses to televised beer advertisements associated with drinking and problems reported by 18 to 29 years olds", Addiction, 93(5):749-760.

Algunas imágenes analizadas

Imagen 1. Anuncio de ron de la marca Barceló que transmite valores tales como la seducción o la atracción sexual.

Imagen 2. Anuncio de ron de la marca Bacardí que transmite valores tales como la diversión.

Imagen 3. Anuncio de brandy de la marca Magno que transmite valores tales como el exito profesional o social.

Imagen 4. Anuncio de brandy de la marca Magno que transmite valores tales como el exito profesional o social.

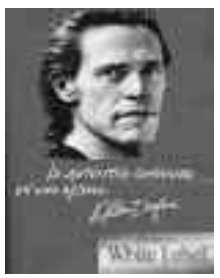


Imagen 5. Anuncio de brandy de la marca Magno que transmite valores tales como el exito profesional o social.

Imagen 6. Anuncio de ron de la marca Cacique que transmite valores tales como experimentar nuevas sensaciones.

Imagen 7. Anuncio de güisqui de la marca J&B que transmite valores tales como dsifrutar del tiempo libre.

Imagen 8. Anuncio de vodka de la marca Absolut que transmite valores tales como dsifrutar del tiempo libre.

Imagen 9. Anuncio de ron de la marca Cacique que transmite valores tales como la libertad.

Imagen 5. Anuncio de cognac de la marca Hennessy que transmite valores tales como la rebeldía.

Psicología social de la salud: aproximación teórica a modelos de prevención y promoción de la salud

Tania Menéndez Hevia

Colaboradora de Investigación
Dpto. Comunicación Audiovisual y Publicidad II
Facultad de Ciencias de la Información. UCM

El ámbito de la psicología social de la salud está adquiriendo cada vez más importancia, de hecho, la concepción de la sanidad actual viene inspirada por este concepto, al menos formalmente.

Como sabemos, el significado del término "salud" ha ido cambiando desde el comienzo del siglo XX. La definición más clásica que entendía la salud como "ausencia de enfermedad" se ha traducido en 1948, a cargo de la Organización Mundial de la Salud, como "el estado de completo bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de enfermedad" (Rodríguez-Marín, 2001). Por primera vez y de forma explícita se reconocen como componentes de la salud dos áreas esenciales en la configuración del ser humano: la psicológica y la social. Ambas se suman al factor biológico reinante hasta entonces para posibilitar la idea de "salud integral" (Matarazzo, 1980), que más tarde ha constituido el núcleo del denominado "modelo biopsicosocial" (Rodríguez-Marín, 2001). El nacimiento de este nuevo modelo no extingue sin embargo el estudio de los problemas de salud desde una óptica tradicional, siguiendo el prototipo biomédico, que atiende sólo a los aspectos físicos, biológicos o fisiológicos del individuo. De hecho, la práctica del cuidado de salud se considera todavía una bio-tecnología aplicada (Nishler, E. G., 1981), donde se conceptualiza al individuo como la unidad de análisis, y, en el contexto estrictamente individual, a la enfermedad como una alteración anatómica y/o fisiológica, que se manifiesta en disfunciones de los parámetros "normales" (Catalano, 1979).

A pesar de que, como hemos visto, el sistema de asistencia sanitaria se organiza operativamente sobre la base de un concepto puramente biológico de la enfermedad, debemos señalar que se están llevando a cabo importantes esfuerzos para dar relevancia al papel de los factores psicosociales en la salud. La labor de éstos no se reduce a su implicación en la etiología de las enfermedades físicas, sino que se extiende a su tratamiento, rehabilitación, y consecuencias sintomáticas, así como a la prevención de la enfermedad y a la promoción de conductas saludables (Rodríguez-Marín, 1991). Ciertamente, el gran apoyo otorgado a esta nueva concepción de salud, extendida por todo el ámbito internacional, viene de la mano de la Organización Mundial de la Salud mediante el desarrollo de su política "Salud para todos en el siglo XXI". Aprobada por la comunidad mundial en mayo de 1998, tiene el objetivo de aplicar la perspectiva de salud para todos, que es un concepto surgido en la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en 1977 y que fue lanzado como movimiento global en la Conferencia de Alma-Ata en 1978. Dicho marco establece las prioridades globales para las dos primeras décadas del siglo XXI, así como 21 objetivos que deben crear las condiciones necesarias para que las personas de todo el mundo alcancen y mantengan el máximo nivel posible de salud. Resulta llamativo que la mayoría de estos objetivos, por no decir todos, reflejan directamente el concepto integral de salud, por cuanto exigen la mejora de condiciones no sólo físicas, sino también sociales y económicas. Así, entre los primeros figuran "Solidaridad para la salud en la Región Europea", "Equidad en salud", "Iniciar la vida en buena salud", "La salud de los jóvenes", "Un entorno físico sano y seguro", "Una vida más sana", "Reducir los daños producidos por el alcohol, las drogas y el tabaco", etc[1]. Con ellos el programa SALUD21 constata, pues, la atención que hoy se otorga a los factores socio-comportamentales en el concepto de salud/enfermedad.

En este contexto, y bajo la idea de salud integral formulada, podemos decir que lo que caracteriza a la Psicología Social de la Salud es su atención preferente hacia la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud (Krantz, Grunberg & Baum, 1985), estudiando la conducta humana en interacción con el medio ambiente social (Rodríguez-Marín, Martínez y Valcárcel, 1990). Y lo hace analizando, en primer lugar, los factores por los que los individuos se mantienen saludables, o que favorecen las conductas sanas, y los factores por los que se adoptan conductas y hábitos de riesgo y perjudiciales. En segundo lugar, se ha ocupado de los aspectos psicosociales que hay que tener en cuenta en los distintos programas de promoción (incremento de hábitos saludables) y prevención (reducción de conductas de riesgo), y de los factores que determinan la participación en el desarrollo de los mismos (Rodríguez-Marín, 2001). Programas que, dicho sea de paso, se pueden realizar con enfoques individuales, grupales o comunitarios (Spacapan y Oskamp, 1987), e incluyen desde

1 Esta información se ha recogido de la revista digital ANALES del Sistema Sanitario de Navarra, vol. 24, nº 1. Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. Enero-abril 2001. Para ampliar información acúdase a la página web http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/index24_1.html

campañas en los medios de comunicación, campañas de educación en el ámbito escolar o acciones de marketing social, hasta intervenciones directas, personales.

Efectivamente, dado el desarrollo de la comunicación social y su capacidad de persuasión, ésta se ha convertido con el paso de los años en un componente esencial de los programas de prevención y promoción de la salud. La comunicación en salud es una estrategia clave que permite informar al ciudadano sobre todo lo relacionado con este ámbito y promover estilos de vida saludables. En este sentido, los *Centers for Disease Control and Prevention* de EE. UU. definen la comunicación en salud como "la realización y entrega de mensajes y estrategias, basadas en investigación del consumidor, para promover la salud de individuos y comunidades" (Roper, 1993)

Dentro de este campo de prevención de la enfermedad y promoción de la salud han aparecido en los últimos veinticinco años numerosos modelos que intentan dar cuenta del comportamiento de salud en el ser humano. Aunque mantienen visibles diferencias entre ellos, contienen sin embargo clases de variables similares y pueden ser integrados complementariamente en el estudio de la conducta humana. Centraremos la atención en aquellos más destacados dentro del ámbito de la comunicación social y salud: el Modelo de Creencias sobre la Salud, la Teoría de la Acción Razonada, la Teoría de la Acción Social. De forma muy sintetizada se hace alusión también al Modelo de Adopción de Precauciones dentro del repaso realizado a una investigación concreta sobre las creencias en salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios.

EL MODELO DE CREENCIAS SOBRE LA SALUD (MCS)

El nacimiento de este modelo se produce aproximadamente hacia 1950 gracias a un grupo de psicólogos entre los que se encontraban G. M. Hochbaum, S. S. Kegeles, H. Leventhal e I. M. Rosenstock, pertenecientes al *Public Health Service* estadounidense. Desde su origen se ha convertido en uno de los marcos teóricos más usados en Psicología de la Salud para explicar los comportamientos de salud y preventivos de la enfermedad, considerando éstos como resultado del conjunto de creencias y valoraciones internas que el sujeto aporta a una situación determinada (Moreno San Pedro y Gil Roales-Nieto, 2003).

En sus primeros años de vida este modelo tiene una doble dimensión, psicológica y social, un carácter eminentemente pragmático (con vistas, en un primer momento, a la prevención –o *conducta de evitación* de la enfermedad- y, más tarde, al tratamiento), y surge desde una perspectiva de investigación aplicada en el ámbito de la sociología de la educación, más que desde un marco estrictamente teórico de psicología (Kirscht, 1988). Los componentes básicos del MCS se derivan de la hipótesis (asumida plenamente por Lewin y sus seguidores) de que la conducta de los individuos descansa principalmente en dos variables:

a) el valor que el sujeto atribuye a una determinada meta.

b) la estimación que ese sujeto hace de la probabilidad de que una acción dada llegue a conseguir esa meta.

Por otra parte, las dimensiones de que consta el modelo son:

1. La *susceptibilidad percibida* ante un determinado problema de salud, es decir, la percepción subjetiva (vulnerabilidad) que tiene cada ser humano sobre el riesgo de caer enfermo (p. ej., Janz y Becker, 1984; Rosenstock, 1974).
2. La *severidad percibida*, que se refiere a las creencias sobre la gravedad de contraer una determinada enfermedad o dejarla sin tratar una vez contraída. Se trata de una dimensión que contempla dos tipos de consecuencias de la pérdida de la salud: médico-clínicas (como muerte, incapacidad o dolor) y/o sociales (merma en las relaciones sociales, efectos sobre la capacidad laboral, etc.).
3. *Beneficios percibidos*, que responden a las creencias del sujeto respecto a la efectividad relativa que las diferentes conductas disponibles en su repertorio puedan tener a la hora de enfrentarse con la enfermedad (Janz y Becker, 1984). Debemos asumir aquí que estas creencias respecto a los cursos de acción de que dispone están influidas por las normas e incluso presiones del grupo social al que pertenece (Rosenstock, 1974).
4. *Barreras percibidas*, o lo que es lo mismo, aquellos costos económicos y más frecuentemente psicológicos, sociales o físicos que se oponen a la ejecución de la conducta en cuestión. Estas barreras han sido evaluadas de muchas maneras y muy diversas: en términos de seguridad en la eficacia del tratamiento prescrito, de la satisfacción del paciente respecto de su comunicación con el médico, etc. (Rodríguez Marín, 2001).

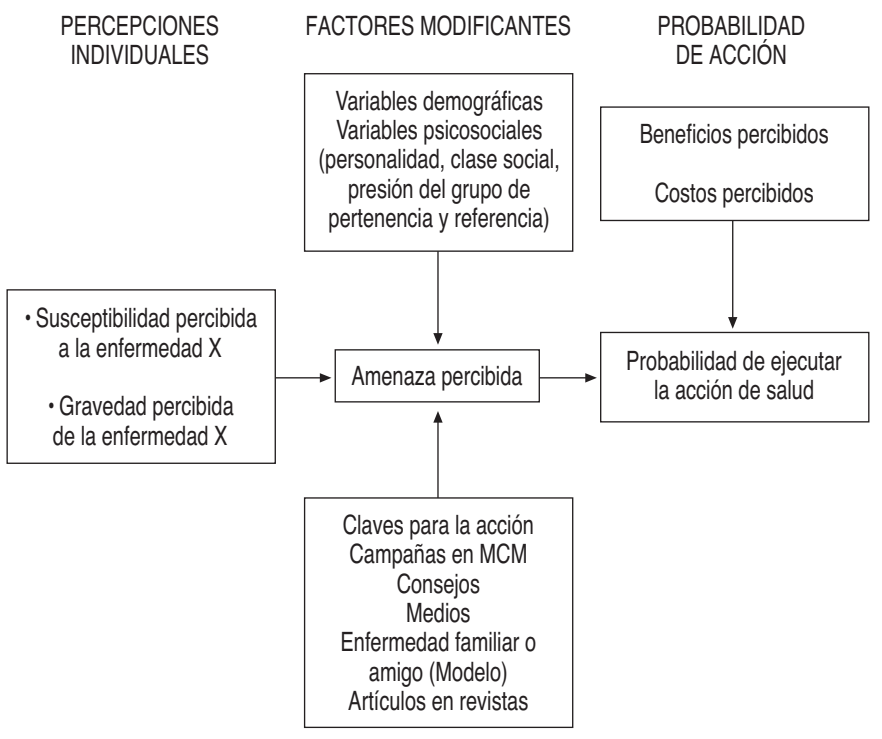
El modelo considera varias opciones que representan diferentes valores de las dimensiones y que se reflejarán en formas de conducta distintas frente a la salud y/o la enfermedad. Así, por ejemplo, si la preparación para actuar es alta y los aspectos negativos son evaluados como débiles, es probable que se lleve a cabo la acción en forma de conducta preventiva o de salud. Si, por el contrario, la disposición a actuar es débil y los aspectos negativos son fuertes, éstos funcionarán como barreras, impidiendo definitivamente la acción (Rosenstock, 1974).

Además de las dimensiones aquí descritas, algunos autores han señalado la necesidad de considerar ciertos estímulos como imprescindibles para desencadenar el proceso de toma de decisiones, denominándolos claves para la acción (*cues to action*) (p. ej., Janz y Becker, 1984; Rosenstock, 1974). En el ámbito de la salud, que es el que aquí nos interesa, estas claves pueden ser *internas* (como pueden ser síntomas físicos o percepciones corporales) o *externas* (recomendaciones de los medios de comunicación o servicios de salud, consejos de amigos y familiares, etc.). La intensidad necesaria de una de estas claves para desencadenar la conducta puede variar de sujeto a sujeto, e incluso en el mismo individuo dependiendo de sus niveles de susceptibilidad y del grado de severidad percibida. Si, por ejemplo, una mujer tiene antecedentes familiares de muerte por cáncer de mama, y está convencida de la amenaza potencial de padecer dicha enfermedad, la recepción de una carta invitándola a participar en una campaña de prevención precoz puede significar el disparador de la conducta preventiva. No tendría esta carta la misma respuesta en una mujer cuya percepción sobre el riesgo de contraer cáncer se presenta como lejana e incluso improbable.

Como último conjunto factorial a destacar dentro del MCS, también se asume que diversas variables demográficas, sociopsicológicas y estructurales, pueden afectar la percepción del individuo y de esa forma influir indirectamente en sus conductas de salud (Janz y Becker, 1984). Sin embargo, se considera que estos factores trabajan a través de sus efectos sobre las creencias de salud de la persona más que como causas directas de las acciones saludables (Becker y Maiman, 1982)

En la figura 1 se plasman gráficamente los diferentes componentes del Modelo de Creencias de Salud que se han explicado hasta ahora (tomada de Becker y Maiman, 1982)

Figura 1. Modelo de Creencias sobre la Salud (Becker y Maiman, 1975)



En resumen, siguiendo este modelo se puede predecir la ocurrencia de una conducta de salud (o preventiva de la enfermedad) cuando el sujeto en cuestión se percibe como susceptible a un problema de salud que le amenaza, que valora como grave y respecto al cual considera que la acción que puede emprender será beneficiosa y no demasiado onerosa (Weinstein, 1993). En otras palabras, lo que sugiere es que el conjunto de creencias del individuo produce algún grado de preparación psicológica para actuar encarando el problema de salud (Moreno San Pedro y Gil Roales-Nieto, 2003).

Con el paso del tiempo se ha producido una abstracción y descontextualización cada vez mayor de este modelo, lo que ha dado lugar a una creciente colección de críticas al mismo, sobre todo en los últimos años. Entre sus principales problemas, algunos autores (Turk, Rudy y Salovey, 1986) hacen alusión al excesivo énfasis sobre *variables cognitivas* tenidas por mediadoras de los resultados diferenciales en salud, sin atender a otro tipo de variables, tan importantes o más, como pueden ser las circunstancias sociales e individuales. Por otra parte, señalan el hecho de que este modelo obvie o minimice el papel de las *contingencias*, o de la fuerza diferencial que se establece como producto/resultado de una (auto)instrucción, un modelado o de las contingencias (Gil Roales-Nieto, 1997). Otra cuestión a tener en cuenta es la *modesta capacidad predictiva* del modelo, reiteradamente puesta de manifiesto (p. ej., Turk et al., 1986; Weinstein, 1993), de modo que las creencias acerca de las conductas de salud no resultan predictivas del comportamiento *real* relacionado con la salud que finalmente desarrolla el sujeto.

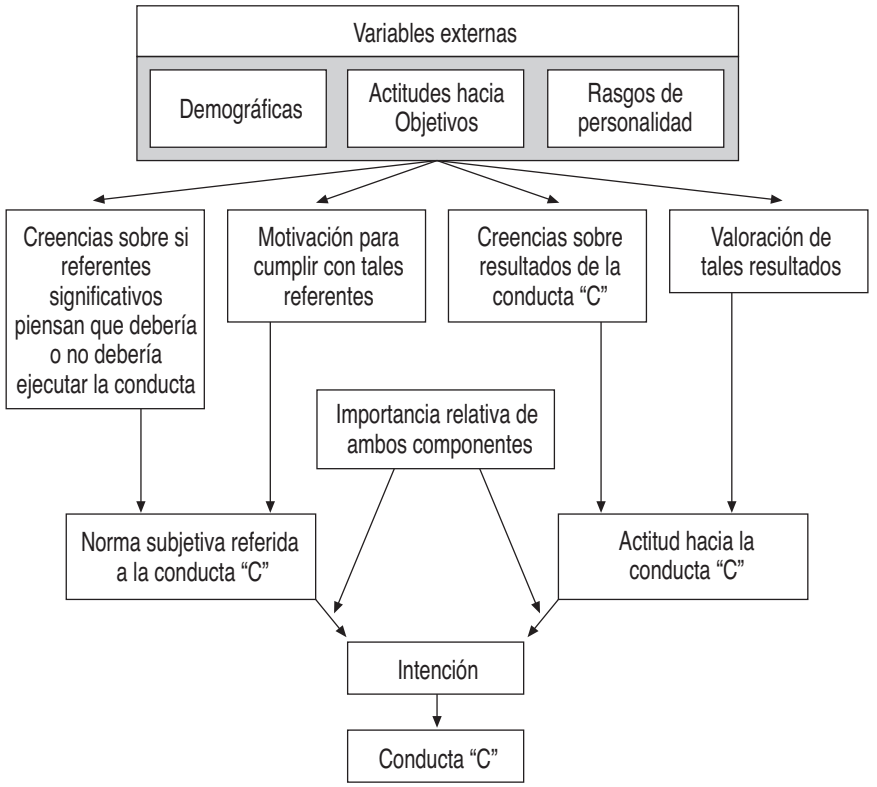
En conclusión, aunque el número de investigaciones que este modelo genera aún hoy en día es considerable, numerosos resultados contradictorios cuestionan su validez explicativa, resaltando la falta de correspondencia encontrada entre las creencias de un sujeto y su comportamiento relacionado con la salud.

LA TEORÍA DE LA ACCIÓN RAZONADA (TAR)

La Teoría de la Acción Razonada (TAR) intenta integrar factores actitudinales y comportamentales para explicar conductas de salud. Este modelo, que aparece descrito en la figura 2, fue introducido por Fishbein en 1975 y desarrollado y evaluado por Fishbein y Ajzen en 1980. Al igual que el anterior, subraya también el papel de los factores cognitivos como determinantes de la conducta en general, y de las conductas de salud, en particular, pero si bien es cierto, supera algunas de las limitaciones del Modelo de Creencias sobre Salud. La TAR complementa y mejora aspectos del análisis de la toma de decisiones en materia de salud separando las creencias de las actitudes y subrayando la importancia capital de la influencia de los "otros significativos" sobre la intención de actuar del individuo, incorporando así elementos sociales importantes (Rodríguez-Marín, 2001).

El supuesto básico de este modelo es que los seres humanos somos seres racionales y aplicamos la información de la que disponemos de manera sistemática, evaluando las implicaciones de las acciones antes de decidir si llevar a cabo o no una conducta determinada (Ajzen y Fishbein, 1980). Intenta definir y predecir la conducta de salud de un sujeto siguiendo el planteamiento de que ésta es resultado directo de la intención comportamental, la cual depende, a su vez, de dos determinantes básicos: la actitud hacia la conducta (factor de naturaleza personal), y la norma subjetiva (refleja la influencia social). Para Fishbein y Ajzen las actitudes se conforman a partir de un repertorio de creencias relativas al objeto de actitud (en otras palabras, las consecuencias que tiene el realizar una determinada conducta) unido a la evaluación que la persona tiene de cada una de dichas *creencias conductuales*. Por su parte, la norma subjetiva está formada, en primer lugar, por las creencias acerca de cómo otros grupos de personas o instituciones (a los que se denomina "referentes") piensan que el sujeto debería comportarse y, en segundo lugar, por la motivación del individuo para acomodarse a las directrices de estos referentes (SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, S. et al. (1996). Estas creencias reciben el nombre de *creencias normativas*.

Figura 2. Teoría de la Acción Razonada (Ajzen y Fishbein, 1980)



La Teoría de la Acción razonada no toma en consideración (como tampoco lo hacía el Modelo de Creencias sobre la Salud) factores tales como las actitudes hacia objetivos, las características de personalidad, la inteligencia, las variables sociodemográficas (sexo, clase social, edad), etc. Para esta teoría tales factores deben considerarse *variables externas*, pues no constituyen una parte integral del modelo pese a estar relacionados con la ejecución de las conductas.

En los últimos años se han desarrollado numerosas investigaciones en el ámbito de la prevención y promoción de la salud utilizando como marco teórico los modelos aquí expuestos, así como muchos otros enmarcados en el campo de la Psicología Social de la Salud. Sin lugar a dudas sería de gran interés hacer un repaso a todos ellos, o al menos a los de mayor trascendencia académico-científica, pero eso rebasaría los propósitos de este artículo. Así pues, nos limitaremos de momento a plasmar un estudio llevado a cabo por el Grupo de Investigación *Psicología, Salud y Calidad de Vida* en Colombia, titulado "Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios" (Arrivillaga, M., Salazar, I. C., Correa, D., 2003). La selección se ha hecho en base a los siguientes criterios: por una parte su cercanía temporal y relevancia temática, puesto que estudia el estilo de vida de los jóvenes de este siglo (investigación realizada en 2003) atendiendo a aquellos repertorios conductuales que se encuentran entre los factores de riesgo más importantes de los principales problemas de salud en la actualidad (consumo de alcohol y tabaco, desequilibrio alimentario, falta de práctica de ejercicio físico, etc.). Por otra parte, la aplicación práctica completa de lo que hemos visto hasta ahora, si bien toma en cuenta para el análisis y discusión de la información obtenida aquellos modelos de prevención en salud cuyo factor clave es el componente cognitivo: el Modelo de Creencias sobre la Salud, la Teoría de la Acción Razonada y el Modelo de Adopción de Precauciones.

Este último, propuesto en la Universidad de New Jersey por Weinstein, en 1988, plantea la existencia de una secuencia ordenada de etapas cognoscitivas, cualitativamente diferentes, que se dirigen a la meta de identificar, valorar y fomentar los factores de protección para la salud (WEINSTEIN, N., 1988):

1. La percepción del riesgo, de la severidad y de la susceptibilidad, así como el valor de las precauciones.
2. El reconocimiento de estos factores para otras personas, como son los grupos de referencia.
3. La percepción de los factores en sí mismos o aceptación de la susceptibilidad personal.
4. La decisión de adoptar la precaución. En esta etapa se decide modificar problemáticas individuales y grupales a partir de la aceptación de la presencia del riesgo y de la efectividad de las precauciones.

5. La toma de la precaución. Aquí se formulan las estrategias necesarias para reducir o eliminar los factores de riesgo al igual que el fortalecimiento de aquellos elementos que permitan mantener una adecuada salud y promocionarla, con el fin de mejorar la calidad de vida, a partir de las propuestas generadas por los sujetos actuantes en el proceso, traducido en acciones concretas y reales.

En lo referente a estas etapas el proceso de adopción de precauciones parte de las siguientes premisas: a) las personas se comportan de manera cualitativamente diferente en los diversos puntos del proceso de adopción de precauciones y b) las clases de intervenciones y de información requeridas para que las personas se aproximen más a la acción varían de etapa en etapa (Weinstein, 1988).

Estos tres modelos son los que se han tomado en cuenta para el estudio del estilo de vida de la comunidad universitaria de Cali (Colombia), cuyo objetivo era la descripción de las creencias sobre la salud de la población juvenil de ese ámbito y su relación con la ejecución de prácticas de riesgo o de protección para la salud. La investigación fue de tipo descriptivo, con diseño transversal, y se hizo un muestreo estratificado de 754 estudiantes de diferentes facultades (53.1 % eran hombres y 46.6 % mujeres, con un promedio de edad de 20.8 años). Los instrumentos utilizados fueron un cuestionario de prácticas y creencias sobre estilos de vida (actividad física y deporte; recreación y tiempo libre; autocuidado y cuidado médico; hábitos alimenticios; consumo de alcohol, tabaco y otras drogas; sueño) y una encuesta sobre factores del contexto relacionados con el estilo de vida, ambos categorizados y validados.

En la investigación fueron significativos los resultados concernientes a la influencia de factores socio-ambientales de la familia y amigos en el desarrollo de pautas de comportamiento y creencias saludables (compartir actividades de recreación, etc.) o, por el contrario, en el desarrollo de creencias desfavorables, como en el caso del consumo de drogas (padres y amigos fumadores y/o consumidores de licor). En cuanto a la variable edad, se observa que a mayor edad aumenta la presencia de creencias favorables a la salud. Así, los sujetos jóvenes no perciben el riesgo como algo cercano, o se perciben como sujetos invulnerables, por lo que ejecutan conductas insanas. Dentro de la variable sexo, las mujeres jóvenes tienen más creencias favorables que los hombres en tres de las dimensiones evaluadas (actividad física y deporte, hábitos alimenticios, autocuidado y cuidado médico). Se argumenta al respecto que la práctica de tales comportamientos se encuentra en el énfasis del estereotipo de belleza femenino, que puede desencadenar por ejemplo en trastornos alimenticios. Por su parte, la variable estrato socioeconómico mantiene una relación directamente proporcional, como parece obvio: a mayor estrato mayor es la presencia de creencias favorables.

Como resultado significativo del estudio se extrae que existe incongruencia entre el nivel de presencia de creencias favorables o desfavorables a la salud y el tipo de prácticas ejecutadas. De hecho, en los jóvenes sólo coinciden ambos componentes

en la dimensión de recreación y tiempo libre. Así, acorde con lo formulado por el Modelo de Creencias sobre la Salud (Hochbaum, G. M., 1958; Beneit, P.J., 1994), la sola percepción individual no determina el comportamiento. Ni el razonamiento ni el pensamiento son necesarios para explicar el comportamiento o una acción protectora para la salud (Bandura, A., 1986) En la investigación se evidenció la presencia de prácticas no saludables firmemente instauradas, convertidas en hábitos, por lo que se dice que son "resistentes al cambio", y se traducen en factores de riesgo para la salud (verbalizadas en creencias como "En tramos cortos no es necesario el cinturón de seguridad", 65.5 %. "Las comidas rápidas permiten aprovechar mejor el tiempo", 65.9 %. "Consumir uno o dos cigarrillos al día no es dañino para la salud, 70.3 %, etc.). En este mismo sentido, se observa la dificultad de algunos jóvenes para tomar decisiones en función de criterios propios (*locus de control interno.-Bandura*, A., 1987-), en lugar de criterios socialmente aceptados y la evaluación de que el riesgo para la salud no es temporalmente cercano.

Para profundizar en lo dicho hasta ahora los investigadores retoman el Modelo de Adopción de Precauciones (Rosenstock, I.M., 1990) donde se plantean una serie de alternativas comportamentales cuando el sujeto conoce la importancia de cualquier conducta de protección o de riesgo para la salud pero sin embargo no actúa acorde con esa creencia. Se dice que la persona puede mostrar una actitud de indiferencia, un problema de compromiso y motivación, un proceso de "invulnerabilidad percibida", o un problema en la toma de decisiones, directamente relacionado con el autocontrol (Cuesta, U., 2004). Este modelo sugiere que el nivel de modificación de las actitudes y de los conocimientos sólo se habrá superado cuando un sujeto identifica un factor de riesgo o de protección para la salud, manifiesta su voluntad de cambio y propone un plan concreto para llevarlo a término, trascendiendo así al plano de los cambios en la práctica de las conductas saludables (Weinstein, Rothman, Sutton, 1998).

Relacionado con lo anterior, se destaca un factor señalado en la Teoría de la Acción Razonada que se refiere a la motivación general que debe poseer la persona para actuar conforme con las valoraciones o normas subjetivas respecto a lo apropiado de la acción comportamental (Ajzen, Fishbein, 1980).

Todo lo expuesto previamente en esta investigación conduce a la conclusión de que el factor cognitivo no actúa siempre como mediador determinante en la práctica de conductas saludables, contrariamente a lo que defienden algunos modelos de prevención y promoción de la salud. En lo concerniente a la población joven es necesario desarrollar programas de intervención atendiendo a distintos procesos psicológicos asociados con la adopción de estilos de vida saludables, tales como el aprendizaje, la cognición, la motivación y la emoción.

LA TEORÍA DE LA ACCIÓN SOCIAL (TAS)

Otro de los modelos a tener en cuenta en el campo de la prevención y promoción de la salud es sin duda la Teoría de la Acción Social (TAS) propuesta por Ewart en 1991. Su antecedente más directo se encuentra en las aportaciones realizadas por Bandura al análisis de la acción humana (Bandura, 1987).

El modelo concibe al individuo como un sistema auto-regulador que intenta alcanzar activamente determinados objetivos, así como un sistema de retroalimentación compuesto por una serie de etapas que van desde el establecimiento de objetivos a la elaboración de un plan de producción de respuesta y a la supervisión, por último, de las consecuencias de la acción.

Está compuesto básicamente por tres dimensiones:

- Dimensión de *acción estado*: auto-regulación. Subraya el papel del contexto social en el mantenimiento de rutinas o hábitos de salud.
- Dimensión de *proceso*: mecanismos de cambio interconectados. Proporciona la estructura causal que liga los procesos de auto-cambio a los ambientes interpersonales.
- Dimensión *contextual*: sistemas socio-ambientales más amplios. Especifica las influencias macrosociales y ambientales que permiten o constriñen el cambio personal.

La Teoría de Acción Social pone de manifiesto que las actividades no saludables que desarrolla el sujeto en su vida diaria están sumamente rutinizadas, tienden a seguir "un guión" predecible, una secuencia de conductas en la que cada acontecimiento refuerza las conductas antecedentes y guía las consecuentes (Rodríguez-Marín, 2001). Este tipo de guiones están incorporados en acontecimientos sociales o recreativos, lo que hace que los hábitos sean tan difíciles de cambiar. Este modelo permite representar un hábito saludable como un "bucle de acción-resultado", en el que la auto-regulación es la condición de su propio mantenimiento, un equilibrio dinámico entre las actividades auto-protectoras y sus consecuencias biológicas, emocionales y sociales experimentadas. Así, las acciones son guiadas por sus consecuencias en un *"bucle de control"*, y las variaciones en los resultados producen ajustes comportamentales compensatorios (VV. AA., 2001).

De acuerdo con las TAS, por tanto, las intervenciones preventivas deben tener como punto de partida el análisis de las relaciones entre las conductas favorables o desfavorables para la salud y sus efectos experimentados. Se puede a partir de ello observar los aspectos en los que las conductas son más accesibles a la prevención o promoción, y sugerir el diseño de nuevos guiones que actúen como protectores de la salud. Es necesario tener en cuenta el fenómeno de la *interdependencia social* que describe el modelo de Ewart, y que hace referencia a la influencia de los grupos de referencia (amigos, etc.) y de pertenencia (familia) del sujeto en el cambio

de conducta y su mantenimiento. Cuanto más densa sea la relación social mantenida entre ellos, tanto mayor es la probabilidad de que una persona que intente alterar una simple rutina transtorne las rutinas y metas de los otros, socavando su compromiso con nuevas pautas de conducta de salud.

Por otro lado, el modelo supone la existencia de mecanismos que capacitan a las personas para llevar a cabo procesos de cambio en base a su motivación particular. Ewart denomina a esto *procesos motivacionales*, los cuales están integrados por los siguientes elementos: las expectativas sobre resultados (vagamente desarrolladas por el Modelo de Creencias sobre la Salud y la Teoría de la Acción Razonada); la *auto-eficacia percibida*; y el *establecimiento de metas* (Ewart, 1991). Este último punto, que responde a proyectos personales del individuo (p. ej. Ser aceptado por los demás, tener influencia social, prestigio, etc.), tiene gran trascendencia en los cambios en conductas de salud, pues hará que se adopten aquellos cambios que faciliten la consecución de esos proyectos importantes, y viceversa.

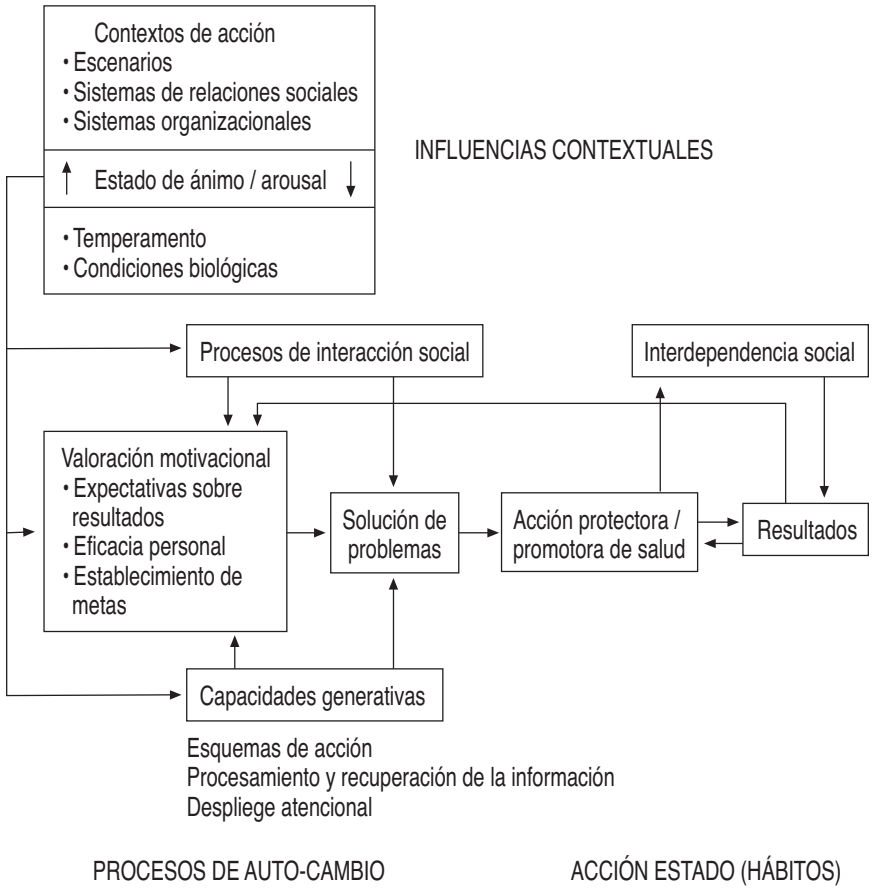
Este proceso de cambio viene impulsado también, tal como sostiene la TAS, por los esquemas de control cognitivo (conjuntos de conocimiento organizado que dirigen nuestra atención, codifican experiencias en la memoria a largo plazo y crean rutinas), los cuales influyen sobre las elecciones comportamentales incrementando la confianza en nuestra capacidad para instalar, mantener o cambiar una conducta (Rodríguez-Marín, 2001).

Finalmente, la TAS considera como afecta el ambiente a los procesos de cambio para alterar o mantener una acción estado dada. La teoría analiza las influencias contextuales en base a los siguientes elementos:

- Los *escenarios*, donde Ewart incluye las características físicas de nuestro ambiente, las tareas rutinarias, y el medio social inmediato. Como determinan el acceso a los recursos materiales necesarios, influyen sobre las metas y estrategias comportamentales.
- Las *relaciones sociales*: implican una gama de beneficios, expectativas y obligaciones, así como modelos sociales, que influyen en las metas y estrategias relevantes para la salud.
- *Estructuras organizacionales*: canalizan las metas, expectativas y estrategias individuales de formas diversas.

Todos los elementos que conforman la Teoría de la Acción Social y que hemos venido comentando hasta ahora se exponen en la siguiente figura.

Figura 3. La Teoría de la Acción Social de Ewart (Ewart, 1991)



CONCLUSIÓN

Las teorías expuestas a lo largo de este artículo se han convertido con el paso del tiempo en pilares sobre los que se han sustentado numerosas investigaciones dentro del campo de la prevención y promoción de la salud. Algunas más completas que otras, lo cierto es que no deben estudiarse por separado, sino que debe buscarse la integración de las mismas, como ya lo hizo Rodríguez Marín, en un intento de visualización de las claves posibles para un análisis funcional de las conductas preventivas y/o promotoras de salud (Rodríguez-Marín, 2001).

La comunicación social juega un papel decisivo en la promoción de conductas y hábitos saludables, como ya se ha destacado, por lo que debemos apostar por un esfuerzo cada vez mayor en la alianza que mantienen los profesionales de la salud

y los expertos en comunicación. Sólo así se obtendrán resultados óptimos en la tarea de informar y educar en salud a los ciudadanos, superando el reto de la salud bio-psico-social tan presente en los últimos años.

En esta línea de actuación es donde se sitúa el compromiso social de Madrid Salud, organismo autónomo del Ayuntamiento de Madrid, que viene realizando grandes esfuerzos en las tareas de prevención y promoción de la salud. La materialización más directa de ello viene de la puesta en marcha del *Estudio Básico de Salud*, con el que se pretende conocer los hábitos de salud y los factores de riesgo de cada individuo, para detectar de forma precoz algunos problemas de salud y ofrecer consejos que promuevan conductas saludables.

Bibliografía

AJZEN, I. y FISHBEIN, M. (1980): *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Clifts, N. J.: Prentice Hell.

ARRIVILLAGA, M., SALAZAR, I. C., CORREA, D. (2003): Creencias sobre la salud y su relación con las prácticas de riesgo o de protección en jóvenes universitarios. En *Colombia Médica*, Vol. 34, nº 4.

BANDURA, A. (1986): *Social foundations of thoughts andactions*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

—— (1987): *Pensamiento y acción: Fundamentos sociales*. Madrid: Editorial Martínez Roca.

BECKER, M. H. y MAIMAM, L. A. (1982): Models of Health –Related Behavior. En D. Mechanic (Ed.), *Handbook of Health, Health Care ant the Health Professions*. New York: Free Press.

BENEIT, P. J. (1994): Conductas de salud. En Latorre J. M., Beneit, P. J.: *Psicología de la salud*. 3ª ed. Buenos Aires: Editorial Lumen.

CATALANO, R. (1979): *Health, behavior and the community*. New York: Pergamon Press.

CUESTA, U. (2004): Evaluación de la Calidad en Drogodependencias. Actas *VI Reunión Nacional de Drogodependencias*. Alicante: Universidad de Alicante.

EWART, C. K. (1991): Social Action Theory for a Public Health Psychology. *American Psychologist*, 46.

GIL ROALES.NIETO, J. (1997): *Manual de Psicología de la Salud, Vol. 1. Aproximación histórica y conceptual* (1ª ed.). Granada: Némesis.

HOCHBAUM, G. M. (1958): *Public participation in medical screening programs: A sociopsychological study*. Washington, D. C.: US Government Printing Office, PHS, nº 572.

JANZ, N. y BECKER, M. H. (1984): The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11.

KIRSCHT, J. P. (1988): The health belief model and predictions of health actions. En DS Gochman (Ed.), *Health behavior: emerging research perspectives*. New York: Plenum Publishing Corporation.

KRANTZ, D. S.; GRUNBERG, N. E. y BAUM, A. (1985): Health Psychology. *Annual Review of Psychology*, 36.

MATARAZZO, J. (1980): Behavioral health and behavioral medicine. *American Psycologist*, 35.

MORENO SAN PEDRO, E. y GIL ROALES-NIETO, J. (2003): El Modelo de Creencias de Salud: Revisión Teórica, Consideración Crítica y Propuesta Alternativa. I: Hacia un Análisis Funcional de las Creencias en Salud. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*. Vol. 3, nº 1.

NISHLER, E. G. (1981): *Social contexts of health, illness and patients and patient care*. Cambridge: Cambridge University Press.

RODRÍGUEZ-MARÍN, J., MARTÍNEZ, M., y VALCÁRCEL, P. (1990): Psicología Social y Psicología de la Salud. En J. Rodríguez-Marín (Comp.), *Aspectos Psicosociales de la salud y de la comunidad*. Barcelona: PPU.

—— (1991): Psicología de la Salud: Situación en la España actual. *Revista de Psicología de la Salud*, 3(1).

—— (2001): *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Editorial Síntesis.

ROPER, W. L. (1993): Health Communication Take on New Dimensions at CDC. *Public Heatlh Reps*, nº 180, vol. 2.

ROSENSTOCK, I. M. (1974): Historical origins of the health belief model. *Health Education Monographs*, 2.

—— (1990): The health belief model: explaining health behavior through expectancies. En: Glanz, K., Lewis, F.M., Rimer, B. K. (editores). *Health behavior and health education: theory, research and practice*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

SÁNCHEZ FERNÁNDEZ, S. et al. (1996): Construcción de escalas de actitudes de tolerancia y de cooperación para un contexto multicultural. En: Enseñanza: *Anuario interuniversitario de didáctica*, nº 14. Salamanca: Universidad de Salamanca.

SPACAPAN, S. y OSKAMP, S. (1987): *The Social Psychology of health*. Beverly Hills: Sage.

TURK, D. C., RUDY, T. E., y SALOVEY, P. (1986): Implicit models of illness. *Journal of Behavioral Medicine*, 9.

VV. AA. (2001): *Health and Behavior. The Interplay of Biological, Behavioral and Societal Influences*. Washington: National Academy Press.

WEINSTEIN, N (1988):. The precaution adoption Process. *Health Psychology*, 7(4).

—— (1993): Testing four competing theories of health-protective behavior. *Health Psychology*, 12.

WEINSTEIN, N. D., ROTHMAN, A. J., SUTTON, S. R. (1998): Stage Theories of health behavior: conceptual and methodological issues. *Health Psychology*, 17.

Epílogo

El concepto de salud ha experimentado una profunda modificación. Muchos de nosotros recordamos cuando de niños nos encontrábamos enfermos, en la cama, llegaba el “doctor” (habitualmente un hombre cordial, pero muy serio, el cual infundía un gran respeto) nos miraba la temperatura, nos auscultaba, nos exploraba y, con gran dignidad, diagnosticaba y recetaba. Nuestra madre acudía, disciplinada, a la farmacia, adquiría el medicamento y el paciente, con mayor o menor fortuna aplicaba este tratamiento. En eso consistía el concepto de “salud” y, por lo tanto, el concepto de “enfermedad”.

Actualmente la salud consiste en el *bienestar físico, psicológico y social de la persona* (OMS). De este modo, un paradigma decididamente biologicista, se ha desplazado hacia otro concepto mucho más amplio y comprehensivo. Este nuevo modelo, que añade el componente psicológico y social, involucra, de manera muy especial, los aspectos preventivos, tanto primarios como secundarios y terciarios. Desde este punto de vista, muchas nuevas variables han venido a enriquecer el modelo de salud. De todas ellas, destaca por su importancia, el concepto “Educación para la Salud”.

Podríamos decir que es éste el marco conceptual que articula estos cursos de *Comunicación y Salud*, de especial vocación hacia la “comunicación social”. La comunicación, especialmente la social, se alza como una de las principales herramientas en la educación para la salud, eje fundamental de la prevención en salud pública, pero también para la contribución del bienestar psicológico y social al cual alude la OMS.

En este contexto, el organismo Madrid Salud del Ayuntamiento de Madrid, la Fundación Abbott y la Universidad Complutense, han decicido unir esfuerzos y vocación de servicio en la creación de un curso cuyo principal objetivo consiste en colaborar en la formación especializada y rigurosa de los protagonistas de este proceso: los propios ciudadanos, las instituciones públicas y privadas comprometidas con la salud y, muy especialmente, profesionales de la comunicación especializados en el área sanitaria.

La Fundación Abbott representa aquí a la iniciativa privada con profundo sentido de la responsabilidad social en el ámbito de la salud de los ciudadanos. El Ayuntamiento de Madrid, por su parte, representa el compromiso de las instituciones públicas desde la esfera de lo político y la Universidad Complutense aporta su vocación docente. Diversidad, por tanto y variedad, en el planteamiento "formal" de estos cursos, pero también en sus contenidos: aspectos como la publicidad, la comunicación de crisis sanitaria, el tratamiento social de los medicamentos o la reflexión acerca de las dificultades y complejidad de productos como el tabaco y el alcohol han sido tratados en estos cursos. Diversidad también en la metodología, mediante el diseño de conferencias, mesas redondas, talleres prácticos, grupos de investigación, publicación de actas y libros, etc.

Y decimos cursos, en plural, porque en el ánimo de las instituciones comprometidas se encuentra la firme decisión de continuar estos cursos en el futuro inmediato, de tal manera que se constituyan en una plataforma permanente de reflexión académica, intelectual y profesional sobre el área de la comunicación y la salud.

Pensamos que, si realmente deseamos ejercitar el "mandato" de la OMS y velar por el bienestar físico, psicológico y social de nuestros conciudadanos, debemos involucrarnos todos activamente en este tipo de tareas que requieren de una labor ciertamente modesta, pero reflexiva, constante, y dedicada. Este pequeño ensayo es uno de los primeros frutos de lo anterior y, sin duda alguna, prólogo de los siguientes.

Federico Plaza
Director General Fundación Abbott

madrid salud

Fundación Abbott

DEPARTAMENTO DE
COMUNICACIÓN AUDIOVISUAL
Y PUBLICIDAD II

Ciclo
Complu
tense
de
Comu
nica
ción

FUNDACIÓN GENERAL
UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
MADRID

EDITADO Y DISTRIBUIDO POR:
CONTROL
Publicidad