

# Comunicación y salud: avances en modelos y estrategias de intervención

UBALDO CUESTA CAMBRA  
AITOR UGARTE ITURRIZAGA  
TANIA MENÉNDEZ HEVIA  
(Coordinadores)



Esta publicación ha sido posible gracias a la colaboración de la Fundación Abbott y de Madrid Salud (organismo autónomo del Ayuntamiento de Madrid).

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del *copyright*.

© 2008 by Ubaldo Cuesta Cambra, Aitor Ugarte Iturrizaga y Tania Menéndez Hevia de la coordinación y los autores de sus textos

© 2008 by Editorial Complutense, S. A.  
Donoso Cortés, 63 - 4.ª planta. 28015 Madrid  
Tels.: 91 394 64 60/1. Fax: 91 394 64 58  
ecsa@rect.ucm.es  
www.editorialcomplutense.com

Primera edición:  
Abril 2008

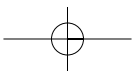
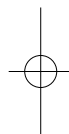
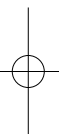
Preimpresión:  
MCF Textos

Imprime:  
Gráficas IM-TRO

ISBN:  
978-84-7491-907-3

Depósito Legal:  
M-20.685-2008

Impreso en España - *Printed in Spain*



# Índice

## PRÓLOGO

- 9 TANIA MENÉNDEZ HEVIA. *Universidad Complutense de Madrid*

## INTRODUCCIÓN

- 13 El arte de lo imposible  
JOSÉ MANUEL GONZÁLEZ HUESA. *Asociación Nacional de Informadores de la Salud*

## I. TEORÍAS Y MODELOS

- 19 Comunicación Social y Salud: Un nuevo planteamiento estratégico  
UBALDO CUESTA - TANIA MENÉNDEZ - MARÍA LUISA GARCÍA.  
*Universidad Complutense de Madrid*
- 39 El binomio comunicación y salud: Relaciones e investigación  
AITOR UGARTE. *Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid*
- 49 Modelo de análisis de la usabilidad en sitios web de hospitales universitarios españoles  
SALVADOR DOBLAS. *Universidad de Málaga*
- 61 El impacto de la forma de vida actual en nuestra grafía  
ELISA LÓPEZ. *Multicanal Iberia*

## II. MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y SALUD

- 69 La salud de la información  
JOSÉ MANUEL GONZÁLEZ. *Asociación Nacional de Informadores de la Salud*
- 73 La información sobre la salud en la prensa general  
SERGIO ALONSO. *Periódico La Razón*
- 77 Influencia de los medios de comunicación en la salud de la población  
JESÚS SÁNCHEZ. *Universidad Complutense de Madrid*

## III. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

- 99 Comunicación de crisis  
ANA BALSEIRO. *Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid*

- 107 Universidad saludable: El arte de vivir  
MARTA LUCÍA BETANCUR. *Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia*
- 123 Estrategias para prevenir la insatisfacción corporal de las jóvenes ante la influencia de los estímulos visuales  
M.<sup>a</sup> VICTORIA CARRILLO - ANA CASTILLO. *Universidad de Extremadura*
- 139 Imagen social del tabaquismo: El caso de un intento fracasado de manipulación de la opinión pública  
TERESA SALVADOR. *Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo*
- 155 Comunicar la salud: Análisis comparativo de dos campañas de comunicación para la salud realizadas en Galicia en los años noventa  
MANUEL MARTÍN. *Universidad de Navarra*

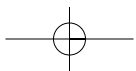
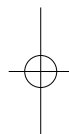
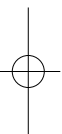
EPÍLOGO

- 169 AITOR UGARTE. *Madrid Salud, Ayuntamiento de Madrid*

ANEXO

- 173 Listado de *blogs* con temas sanitarios  
OCTAVIO ISAAC ROJAS. *Experto en comunicación de consumo en web 2.0.*

# PRÓLOGO



La salud y la enfermedad, el envejecimiento, la muerte, los cuerpos medicalizados y tratados, los estilos de vida pretendidamente saludables... junto con los rituales que rodean su organización social se alzan como hechos sociales, psíquicos y biológicos que afectan a nuestra sociedad de forma cada día más intensa. Gran parte de estos conceptos son, pues, codificados mediante códigos sociales.

Los medios de comunicación se alzan como impulsores de culturas o formas de interpretar los signos compartidos de la realidad social. Constituyen un caldo de cultivo de donde emergen estilos y tendencias interpretativas. Donde se crean signos culturales que se difunden posteriormente (a veces simultáneamente) mediante los grandes propagadores de innovaciones sociales y culturales (también aculturales, con frecuencia) que son los medios de comunicación de masas.

A simple vista parecería que la modernidad se empeña en ser saludable. Hasta extremos que justificarían el dicho castellano “el exceso de celo es recelo”. No sólo se le indica al ciudadano qué alimentos debe o no comer para ser saludable, o dónde y cuándo beber vino o alcohol, sino que, incluso, se le indica si las mujeres saludables (y, por consiguiente, hermosas) deben ser delgadas o no y hasta qué punto. La Pasarela Cibeles, ha sido pionera, posiblemente en el mundo occidental, en introducir estas nuevas variables interpretativas de los códigos estéticos y saludables.

De nuevo a simple vista (pero el primer vistazo siempre engaña, aunque digan lo contrario) la modernidad parecería más saludable, por mor de insistencia. Sin embargo, los lectores del discurso social, de los textos simbólicos, creemos que, en efecto, “el exceso de celo es recelo” y tanta insistencia puede enmascarar un miedo oculto al opuesto. Así que, no sabemos bien si la modernidad es menos saludable que cuando el texto social era menor, casi imperceptible, o ahora, donde lo mediático, además, lo deforma y exagera.

Además, estos procesos involucran decisiones y tecnologías de poder administrativo, político, académico y profesional, así como el ejercicio de la autoridad médica, por lo que el ciudadano “normal” se ve asediado por conceptos íntimos que son, en gran medida, definidos e impuestos desde fuera.

Todo lo anterior conduce a subrayar la importancia de los procesos comunicativos en la construcción de estos esquemas. La importancia de la “interacción simbólica” en términos de Mead o la “acción comunicativa”, en palabras de Habermas. La comunicación, en todo caso.

De ahí la importancia de este libro, que continúa y perfila el anterior *Comunicación Social y Salud*. En él se pretende reflexionar, desde diferentes ángulos y perspectivas, sobre los aspectos más “culturales” de la salud, porque como decimos en el capítulo donde sugerimos un nuevo planteamiento estratégico:

*Desde hace algunos años, los modelos sobre salud pública han derivado de un planteamiento médico basado en un concepto de salud “biológico” que postulaba una etiología fisiológica de la enfermedad y un tratamiento farmacológico o quirúrgico, a un modelo “biopsicosocial”, donde la etiología de la enfermedad es biológica o psicosocial y, frecuentemente, resultado de una interacción entre ambas. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido que la salud es el bien físico, psicológico y social de la persona.*

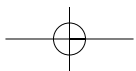
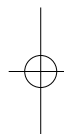
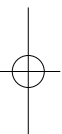
*Desde estos modelos integradores de la salud, resulta evidente la importancia de la comunicación social, en aspectos tales como:*

- *La transmisión de información que permita a los ciudadanos conocer las diferentes opciones de conducta saludable o de riesgo.*
- *La creación de hábitos de conducta saludables mediante la implantación de programas de educación para la salud.*
- *La creación y propagación de marcos de referencia sociales (frames) que facilitan la adaptación o desajuste al entorno, mediante la creación de estándares de meta y creación de disonancias.*

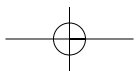
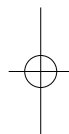
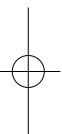
Pero la comunicación, entendida como el proceso de interacción simbólica que nos permite crear códigos compartidos, interviene en otros muchos aspectos relacionados con la salud. En este manual se recogen sólo algunos de ellos, la mayoría suponen “avances”, como indica el título de la obra. “Avances” en la manera de “mirar” el fenómeno (como es el caso, por ejemplo, del capítulo de dedicado a la grafología y la salud) o “avances” en las propuestas que se sugieren para tratar el fenómeno de estudio.

En todo caso, esta obra, por sí misma, constituye un avance, en cuanto supone el desarrollo del trabajo anterior ya mencionado al tiempo que prepara el camino hacia el tercer volumen de esta obra, el cual, ya adelantamos ahora al lector, tratará sobre estrategias de comunicación y salud. Así, con paso firme, continuamos en nuestro intento de descifrar los códigos sociales mediante los cuales codificamos algo tan relevante para el ser humano como su salud y bienestar biopsicosocial.

TANIA MENÉNDEZ HEVIA



# INTRODUCCIÓN



## El arte de lo imposible

“Quizá mi interés principal sea lo asombroso, y no otra cosa que asombro es lo que intento suscitar en el ánimo de los espectadores” (Maurits Cornelis Escher). Esta frase de Escher (1898-1972), uno de los artistas gráficos más importantes del mundo, la suscribiría más de un periodista. Este genio holandés experimentó en sus trabajos con la arquitectura, la perspectiva y los espacios imposibles, reorganizando las reglas de la física conforme a su personal e ingeniosa lógica. Y como él a más de un informador le gustaría asombrar a sus lectores, pero dentro de unas reglas. Porque la información sobre salud tiene tanta relevancia que necesita una visión pausada y serena para conocer el alcance de su magnitud y su capacidad de influencia en la sociedad.

En los últimos años se ha producido un incremento sustancial de las informaciones sobre salud. Por poner un ejemplo, se puede citar el “Informe Quiral” de la Fundación Privada Vila Casas y el Observatorio de la Comunidad Científica de la Universitat Pompeu Fabra, según el cual en el año 2005 se publicaron 10.913 textos sobre salud y medicina (más de 30 noticias al día durante todo el año) sólo en los cinco diarios de interés general de mayor distribución en España: *El País*, *ABC*, *El Mundo*, *El Periódico de Cataluña* y *La Vanguardia*.

En las agencias de noticias las informaciones de salud también están a la orden del día y crece exponencialmente la demanda de este tipo de noticias por parte de los clientes y del público en general. Lo mismo ocurre en el campo de las publicaciones, siendo cada vez mayor el número de cabeceras dedicadas de forma exclusiva a la información sanitaria, así como el número de lectores de las mismas.

Este incremento de los contenidos sanitarios también tiene su reflejo en Internet, donde se ha producido un aumento sorprendente del número de consultas sobre este tema. En este sentido, los datos de la Unión Europea son reveladores: uno de cada cuatro europeos utiliza Internet para buscar noticias sobre salud. Asimismo, los “sitios” de Internet dedicados a la información sanitaria también han tenido un espectacular incremento. Y es que, conscientes del potencial de la red, asociaciones de pacientes, instituciones, industria farmacéutica y profesionales sanitarios se han sumado a las nuevas tecnologías, de manera que se ha producido en los últimos años un verdadero *boom* de páginas con información sanitaria.

Sin embargo, y a pesar de que cada vez más los medios de comunicación dedican generosos espacios a este tema, la calidad y el interés de los mismos suele ser desigual. Es innegable que el balance final es positivo, pero surge la duda de si, con el mismo esfuerzo, se podrían obtener mejores resultados.

Por tanto, los términos como *paciente, salud, sanidad, medicina, investigación o enfermedad* están a la orden del día en todos los medios y son utilizados de forma continua por los servicios de distribución de noticias y por los departamentos de comunicación y de publicaciones. No es casual que también se incrementen las publicaciones con el objetivo de convertirse en un canal de comunicación autorizado y fiel, al servicio de los pacientes y sus asociaciones.

Fruto de la experiencia de este trabajo diario somos conscientes de que, en materia de información sanitaria, la calidad y veracidad de las informaciones tiene que ser aún mayor, si cabe, que en otro tipo de materias. Y así nos lo demandan los propios pacientes, principales afectados por las informaciones que publicamos cada día. Son ellos los que, conscientes de la importancia de nuestra labor, nos solicitan que sigamos unos criterios que nos ayuden a tratar con mayor rigor, profundidad, efectividad y respeto las informaciones sobre salud. Estos criterios mínimos, solicitados por el movimiento asociativo, quedan reflejados en las guías de estilo para medios elaboradas por las principales asociaciones españolas.

Este decálogo es lo que esas entidades, haciéndose eco de las demandas de todo el colectivo, nos solicitan:

1. Que **promovamos el conocimiento social de la salud y la enfermedad**. Nos piden que aprovechemos nuestro trabajo para sensibilizar a la población en general, informando y, lo que es más importante, educando de manera crítica, ética y responsable. Asimismo, nos solicitan que otorguemos espacio entre nuestras informaciones a todas las patologías porque “todas ellas tienen algo que contar”.
2. Que **clarifiquemos la información científica para el público en general**. Interpretar y divulgar el lenguaje científico para transmitir informaciones especializadas a un público que, de otro modo, no tendría acceso a dicha información. También nos demandan que esta “traducción” sea comprensible, exacta y rigurosa.
3. Que **contemplemos diferentes puntos de vista para enriquecer la información**. Entre otros aspectos, apuntan a que no siempre un mismo modelo vale para todo el mundo, al tiempo que destacan que el bombardeo de malas noticias puede causar una sensación de impotencia entre el público.
4. Que **pongamos más atención a los enfoques en positivo**. Los pacientes nos piden que busquemos aspectos que atiendan también a las soluciones y no sólo a las limitaciones. También nos demandan que incorporemos temas de prevención y tratamiento en nuestras informaciones y que hablemos de experiencias y conductas saludables.

5. Que **desmontemos falsos mitos**. Para lograr este objetivo nos solicitan que busquemos un tratamiento de conceptos y un léxico adecuados y precisos, y que no abusemos de las comparaciones o metáforas que conduzcan a errores o a inexactitudes.
6. Que **no estigmaticemos**. Éste es uno de los aspectos en los que más se incide. Nos demandan que tengamos siempre presente el impacto que la información transmitida puede tener en el colectivo afectado. Asimismo, nos solicitan que no asociemos siempre determinadas enfermedades a colectivos concretos o grupos de riesgo.
7. Que **evitemos caer en la espectacularidad**. Otro punto en el que se hace especial hincapié. Hay que evitar crear falsas expectativas, debemos utilizar titulares atrayentes pero precisos. De esta forma se evitarían ciertas informaciones de carácter sensacionalista que aparecen en ocasiones en la prensa.
8. Que **aportemos el punto de vista de las personas afectadas**. En este sentido, señalan que acompañar la información del punto de vista del propio afectado la hace más próxima.
9. Que **usemos correctamente las fuentes de información**. Nos solicitan que usemos siempre fuentes de primera mano.
10. Que **tratemos la información de manera continua** y realicemos un seguimiento de la misma, no dejándola aparcada pasado el interés inicial.

Los informadores de salud podemos mejorar a la hora de llevar a cabo nuestro trabajo y, para ello, nada mejor que hacer propias las sugerencias y precisiones que nos hacen llegar desde diferentes foros. Al fin y al cabo, son en muchas ocasiones el destinatario final de las informaciones que elaboramos.

Sin embargo, y en defensa de nuestro colectivo, se puede decir que esos errores son cada vez menores y que, en general, las informaciones son cada vez más rigurosas. A esto ha contribuido, en gran parte, la cada vez mayor especialización por parte de los profesionales, conscientes de que contamos entre nuestro público con gente muy preparada en este campo y exigente.

También hay que entender que las patologías que afectan a los pacientes son diversas y numerosas y que resulta difícil conocerlas todas tan bien como las conocen los propios afectados o expertos.

Además, hay que comprender que, debido a la inmediatez con la que trabajamos, los profesionales muchas veces carecemos de tiempo suficiente para profundizar más en las noticias que abordamos. Eso no nos exime de responsabilidad ni nos sirve de excusa para llevar a cabo un trabajo poco riguroso. Simplemente, nos hace difícil cubrir toda la información que deseáramos, teniendo en cuenta que, en materia sanitaria, las cuestiones son numerosas y muy amplias.

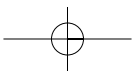
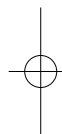
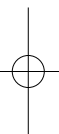
Para intentar mejorar el tratamiento que damos a las informaciones sanitarias, con el objetivo de reflejar las realidades de los temas abordados, acabando con falsos mitos y contribuyendo a una mayor y mejor educación de la población en materia sanitaria, man-

tenemos un contacto continuo y fluido con todos los profesionales del ámbito de la salud para que nos hagan llegar sus sugerencias y nos trasmitan un mayor conocimiento sobre las distintas enfermedades.

La especialización de los profesionales de la información sanitaria debería ser cada vez mayor, con una formación que parta de las propias facultades de Periodismo y que continúe a lo largo de la vida profesional, a través de congresos, simposios, cursos y otras actividades tal y como fomentamos desde la Asociación Nacional de Informadores de la Salud (ANIS), a la que yo represento.

No podemos olvidar que nuestro objetivo no es sólo mostrar lo asombroso, sino informar, convertir “el arte de lo imposible” de la información en una muestra lúcida, transparente y educativa de la realidad cotidiana. Tenemos que eliminar cualquier sombra y no olvidar que somos unos especializados transmisores de un derecho de toda la sociedad.

JOSÉ MANUEL GONZÁLEZ HUESA



# I. TEORÍAS Y MODELOS

# Comunicación social y salud: Un nuevo planteamiento estratégico

UBALDO CUESTA CAMBRA

TANIA MENÉNDEZ HEVIA

MARÍA LUISA GARCÍA GUARDIA

## INTRODUCCIÓN

Desde hace algunos años, los modelos sobre salud pública han derivado de un planteamiento médico basado en un concepto de salud “biológico”, que postulaba una etiología fisiológica de la enfermedad y un tratamiento farmacológico o quirúrgico, a un modelo “biopsicosocial”, donde la etiología de la enfermedad es biológica o psicosocial y, frecuentemente, resultado de una interacción entre ambas. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido que la salud es el bien físico, psicológico y social de la persona.

Desde estos modelos integradores de la salud, resulta evidente la importancia de la comunicación social, en aspectos tales como:

- La transmisión de información que permita a los ciudadanos conocer las diferentes opciones de conducta saludable o de riesgo.
- La creación de hábitos de conducta saludables mediante la implantación de programas de educación para la salud.
- La creación y propagación de marcos de referencia sociales (*frames*) que facilitan la adaptación o desajuste al entorno, mediante la creación de estándares de meta y creación de disonancias.

Sin embargo, la dialéctica contemporánea de los medios es de extraordinaria densidad. Ya no puede hablarse de un mecanismo comunicativo simple unidireccional basado en la idea inicial derivada de los modelos neoconductistas “estímulo-respuesta”, donde el estímulo es el mensaje persuasivo, y la respuesta, los efectos provocados por el medio (quién dice qué a quién por qué canal y con qué efecto). Como decimos en nuestro último manual *Comunicación Social y Salud*:

“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 Haber-

mas, la ética por el discurso negociador, la nueva teoría estratégica a la que apela Rafael Alber-  
to Pérez.” (Cuesta, Ugarte y Menéndez, 2006; p. 8).

Desde esta nueva perspectiva que recoge la complejidad y densidad de la dialéctica de los medios debe contemplarse el estrepitoso fracaso de los programas de comunicación social y salud contemporáneos. Son cientos de millones de euros, o dólares, los que se emplean en programas de salud pública con resultados nulos: programas de la Dirección General de Tráfico (DGT) de seguridad vial, antitabaco, contra las drogas, de salud dental o hábitos dietéticos, programas contra el SIDA (Comas y cols., 2003) y un largo etcétera.

Es esta una situación que exige ser revisada con urgencia, por una triple razón:

- La primera, y de mayor importancia, porque estamos fracasando en el proyecto de mejorar el nivel de vida de nuestros conciudadanos.
- La segunda, porque este fracaso supone un coste económico inmediato (el coste de los programas de comunicación) y un coste, aún mayor, diferido: el que proviene de los costes de la seguridad social por tratamientos subsiguientes.
- La tercera razón, porque los modelos teóricos explicativos que proponemos desde la Universidad no parecen ser adecuados, desde el momento que su potencia predictiva y manipulativa de la realidad social es tan escasa.

La revisión de esta situación pasa por el reconocimiento de un planteamiento en la estrategia comunicativa incompleto. Por varias razones:

1. En primer lugar porque, con frecuencia, no se reflexiona lo suficiente sobre la **responsabilidad ética** subyacente a la potente presión normativa que supone la aplicación de programas de intervención social que afecta a hábitos comportamentales arraigados, derivados de creencias, actitudes, valores compartidos, etc. y que, además, en muchas ocasiones están referidos a conductas lúdicas (la conducta sexual, de ingesta, el alcohol, el tabaco y otras drogas, ocio nocturno, etc.). Una adecuada reflexión en este sentido incidirá sobre el planteamiento estratégico por dos razones fundamentales: en primer lugar, porque puede suponer una modificación de los objetivos propuestos —en función de una diferente sensibilidad ética que desvela objetivos más sensibles— y, en segundo lugar, porque una responsabilidad derivada de la ética social comunicativa conduce a la ética discursiva, lo que nos debe conducir al análisis del discurso del grupo (de los grupos, como veremos) socialmente implicado. Este análisis social y, por tanto, simbólico, del discurso de los grupos, incidirá profundamente sobre la estrategia comunicativa.
2. Por otro lado, dicho **análisis discursivo previo**, no sólo obedece a una lógica ética —un poco descuidada hasta ahora, en este campo— sino que, a la hora de “diseñar” los mensajes comunicativos, se alza como uno de los instrumentos —“métodos” di-

vergentes, o de recolección de datos, según algunos autores— más importantes a la hora de desarrollar una estrategia adecuada. Frecuentemente, las campañas de seguridad vial, por ejemplo, no han indagado previamente en las necesidades de los receptores del mensaje, sus códigos de comunicación...

Cuando se realizan estos estudios previos, frecuentemente se limitan a una recogida y análisis de datos dentro del modelo del *consumer insight*, sin tomar en consideración variables más complejas.

Dentro de estas variables, se debe incluir, como elemento central en torno al que se debe diseñar la estrategia comunicativa, un enfoque basado en los **estudios culturales** (*cultural studies*), en línea con propuestas recientes (Aguilera y Pindado, 2006) que permita detectar los fenómenos de consumo cultural y comunicativo de las tribus o grupos sociales.

3. Considerar las estrategias comunicativas a la luz de dos fenómenos psicosociales de extraordinaria importancia en la cultura occidental:
  - el **nuevo concepto de “riesgo”** (especialmente relevante en el campo de la seguridad vial, drogadicción juvenil, tabaquismo, alcoholismo y conducta sexual de riesgo); y
  - las **teorías del TMT** (*Terror Management Theory*, Solomon y cols., 1991, 2004), según las cuales los acontecimientos que desencadenan miedo a la muerte (y, entre ellos, muchos de los vinculados a la salud social) provocan complejos mecanismos cognitivos y emocionales de enfrentamiento.

Las consideraciones anteriores obligan a optar por otra aportación en el planteamiento estratégico: el empleo del método de investigación de la triangulación, en cuanto el empleo de metodologías cuantitativas y cualitativas para investigar diferentes aspectos del fenómeno. Además, esta investigación triangular debe generar bucles de retroinformación o *feedback* a lo largo de todo el proceso del diseño estratégico.

## 1. LA RESPONSABILIDAD ÉTICA

Todos los niveles profesionales están sometidos a importantes consideraciones éticas: médicos, ingenieros o abogados soportan importantes consecuencias éticas con sus actos. Sin embargo, cuando abordamos el campo de la comunicación social y la salud, el punto de vista ético requiere reflexiones previas porque el modo en que nos enfrentemos, y resolvamos, las cuestiones planteadas desde este campo va a determinar, por un lado, la propia definición de salud y, por otro, la estrategia de comunicación con la que diseñar y desarrollar los programas de intervención.

Esta cuestión es compleja y de gran envergadura porque si, como dijimos anteriormente, “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...)” entonces, debemos considerar que, mediante nuestros programas de intervención social, estamos contribuyendo a crear una determinada ética social, donde estamos, de algún modo, primando un punto de vista, una determinada construcción de la realidad social frente a otra. El riesgo, por otro lado, de radicalizar esta postura consiste en instalarnos en una especie de “relativismo cultural”, donde no existen estándares objetivos aplicables a ninguna parcela de la persona, no sólo en los ámbitos morales, sino ni siquiera en los físicos o mentales (como llegó a ocurrir con el movimiento radical de la antipsiquiatría).

Esta tensión entre libertad individual, que busca el consenso social construido, y el reconocimiento de determinados estándares “objetivos” de salud constituye una de las mayores dificultades éticas en el ámbito de la comunicación social y la salud, aunque no se aluda a ello con frecuencia.

La salud plantea hoy, en gran medida, en y desde lo “cultural”, donde sujeto, realidad social y comunicación constituyen los elementos dinámicos que lo articulan. Estos tres elementos constituyen un sistema cerrado, en el sentido atribuido al concepto de sistema por la Teoría General de Sistemas (TGS) de Von Bertalanffy, donde los elementos interaccionan entre sí para, dinámicamente, configurar el sistema.

En este sentido, desde la posición ética, la comunicación social se alza como un instrumento de salud pública. Como todo lo público, por tanto, debe cooperar a la convivencia, facilitando la toma de decisiones en libertad. Esto se consigue proporcionando la mejor información posible para que el ciudadano escoja la conducta más adecuada, siempre desde sus preferencias personales, tanto éticas como físicas, estéticas, grupales, etc.

Esto plantea ya un doble problema, teórico o conceptual y pragmático:

- Desde un punto de vista teórico, nos vemos obligados a definir el concepto “la mejor información posible para que el ciudadano escoja”. Desde el momento en que planteamos el criterio “la mejor información”, estamos partiendo de una valoración. Es evidente que, en ciertos casos, este criterio es fácilmente identificable, por ejemplo: cada cigarrillo fumado es tóxico y provoca daños al organismo. Este criterio nos conduce fácilmente al siguiente: no fumar nada es preferible y positivo para la salud. Algunos discutirían este criterio, pero nosotros no pretendemos llegar tan lejos. Parece que hay criterios, como el analizado, que son comúnmente aceptados. Sin embargo, el criterio: el alcohol es un tóxico, también podría conducir al segundo criterio: no beber absolutamente nada es mejor. Con independencia de valoraciones económicas complejas que intervienen en este problema, resulta evidente que un importante flujo de opinión social no comparte esta idea de salud pública, donde los valores de interacción social y hedónicos que aporta el tóxico (el alcohol) superan, en ciertos límites, los efectos colaterales negativos. En definitiva, hablamos de un problema de

“estilos de vida”, configurados normativamente, mediante normas sociales o grupales. Conviene ser conscientes de que al diseñar estrategias de comunicación en salud —en general, toda estrategia de comunicación social— estamos incidiendo sobre estilos de vida. Es decir, estamos haciendo un ejercicio de autoridad normativa sobre la población.

- El segundo problema es de tipo pragmático: hay determinados criterios que no resultan muy difíciles de implementar, aun cuando se pensara que sería el adecuado. El caso extremo y más polémico es el del SIDA: por más que pudiera discutirse si, desde el punto de vista higiénico y sanitario, lo ideal sería la abstinencia hasta la edad adulta y, posteriormente, la monogamia absoluta, difícilmente un programa de educación para la salud pública con estos criterios podría implantarse con éxito. Los ejemplos podrían ser infinitos: dentro de los hábitos conductuales de salud, es mejor acostarse temprano y madrugar que trasnochar y acostarse de madrugada.

Vinculado a la dificultad de implementar el criterio, se da otro problema práctico: el de los recursos y su adjudicación, que implica el establecimiento de prioridades y, por consiguiente, de adjudicación de recursos. Frecuentemente las prioridades se establecen en función de dos tipos de criterios: (1) de rentabilidad política y social, debido a la popularidad del problema abordado y (2) en base a análisis epidemiológicos basados, generalmente, en impactos de morbilidad.

Estos criterios de asignación de prioridades son eficaces y prácticos, pero insuficientes, y relegan áreas relacionadas con la salud de extrema importancia, como los problemas derivados de “la relación”, bien sea con el entorno (alimentación, ejercicio, accidentes laborales o infantiles) o con los iguales (relaciones afectivas, disfunciones sexuales, violencia, conductas disociales, etc.).

## 2. EL ANÁLISIS DISCURSIVO PREVIO Y EL PLANTEAMIENTO CULTURAL

Este planteamiento ético requiere una nueva aproximación estratégica que exige su puesta en marcha desde el inicio del proceso comunicativo, en las primeras etapas de recolección de datos previas, incluso, a la definición de los objetivos del programa comunicativo.

Y ello, como apuntábamos, por una doble razón:

- En primer lugar, por una exigencia derivada del *Principio de la Ética del Discurso* (Habermas, 1985), según la cual “sólo pueden pretender validez las normas que encuentren, o podrían encontrar, aceptación por parte de todos los afectados, como participantes en un discurso práctico” (Habermas, 1985, pp. 116-117).

El caso de los programas de comunicación social y salud presentan una doble vertiente: por un lado, obedecen a criterios derivados de la ciencia médica y psicosocial y, co-

mo tales, están sujetos a “leyes” de cierta objetividad y su interpretación y aplicación debe realizarse por los correspondientes profesionales. Sin embargo, la segunda vertiente hace referencia a una segunda naturaleza del fenómeno: los medios de comunicación social impregnan la sociedad y crean marcos de referencia o *frames* que colaboran en la creación de imágenes mentales sociales y, por tanto, moldean y configuran la sociedad. Por consiguiente, antes de definir programas de salud social, es necesario conocer el grado de “aceptación por parte de todos los afectados como participantes de ese discurso”. En función del área, esta exigencia ética es mayor o menor: es menor en el caso de, por ejemplo, riesgo cardiovascular, pero mayor en el caso de consumo de sustancias, ocio nocturno o conducta social. En definitiva, la exigencia ética es fuerte cuando nos referimos a actividades que están fuertemente impregnadas de valores socioculturales.

Se trata de abordar el discurso social desde los poderes públicos con una actitud dialógica en lugar de desarrollar la planificación mediática únicamente desde la actitud derivada de la autoridad heterónoma: desde el poder público impongo los criterios de eficacia “objetivamente deseables”. Con frecuencia, este planteamiento puede desembocar, sin embargo, en un dilema ético, desde el momento en que una de las imposiciones de la actitud dialógica afirma que la decisión final, para ser correcta, no tiene que atender a intereses individuales o grupales, sino a “intereses universalizables”, es decir, a “aquello que todos podrían querer” (Cortina, 1995). Los profesionales responsables de estos programas deben resolver el dilema ético mediante una actitud “programática” que impida el bloqueo. Sin embargo, la reflexión y el trabajo previo, emanado de esta ética discursiva, modificará las decisiones finales no sólo en cuanto a los objetivos, sino también en cuanto a la estrategia para implantarlos.

- Lo que nos conduce a la segunda razón: para aplicar esa actitud dialógica y profundizar en los “intereses universalizables” del grupo social, es necesario realizar estudios previos. Investigación divergente de recolección de datos (Pérez González y Martínez Ramos, 1981). Pero no se trata únicamente de recoger datos cuantitativos o cualitativos que nos permitan definir una “estrategia clásica” de comunicación, a la manera de las técnicas habituales del *marketing* o la comunicación social persuasiva/publicitaria, obteniendo el *insight* del consumidor mediante estudios “de mercado”.

Antes al contrario, se trata, precisamente, de introducir aquí un cambio de paradigma en la forma de entender las estrategias de comunicación. Este cambio de estrategia se apoya en la siguiente idea: “Cultura y Salud son entidades inseparables”.

Esta afirmación soporta la argumentación ética anterior: la necesidad del discurso público dentro de un marco de ética dialógica que permita a los protagonistas participar del discurso público y conformarlo conjuntamente con los poderes públicos y las iniciativas privadas.

Pero también soporta la propuesta que acabamos de realizar, más instrumental que la anterior, pero que, precisamente por ser instrumental, es la que inicia todo el proceso. De lo que se trata, por lo tanto, es de abordar la estrategia de comunicación —todo el modelo de salud social, en realidad— desde el marco de la cultura. Sin embargo, la interacción entre cultura, sociedad y salud es extremadamente compleja y su abordaje se realiza desde diferentes disciplinas, al menos desde la Sociología, la Antropología y la Psicología.

- La Sociología médica (Scambler, 2004) diferencia tres aproximaciones diferentes:
  1. El funcionalismo, el cual define la enfermedad como un estado potencial de desviación social. Dicho de otro modo, se interpreta la salud o su ausencia en base a la función que desarrolla dicho estado para el individuo y el grupo. De este modo, por ejemplo, un enfermo puede estar adoptando el “rol de enfermo”, obteniendo beneficios sociales por ello y causando un perjuicio importante al grupo.
  2. La socioeconomía política, cuyo enfoque está centrado en los marcos de políticas socioeconómicas, los cuales definen la salud, la enfermedad y, muy especialmente, los tratamientos y sus métodos. Desde este planteamiento, las decisiones emanan fundamentalmente de la clase dirigente. El objetivo suele ser el “estado de bienestar” y la generación de recursos para promocionar la salud y promocionar poderosas infraestructuras, habitualmente focalizadas en modernas tecnologías.
  3. El construccionismo social. La salud y la medicina —como ciencia y también como técnica— son socialmente construidas. Este tercer enfoque es el que más se aproxima al replanteamiento estratégico que hemos propuesto, desde el momento en que se opone a una definición de la disciplina médica como un cuerpo de conocimientos “objetivos” —derivados de las ciencias naturales— e independientes.

Desafortunadamente, el interés de la Sociología médica se ha centrado preferentemente en el estudio de la organización estructural de los servicios de salud y de sus interacciones con otras estructuras, en lugar de concentrarse en el análisis de la “cultura del bienestar” en cada sociedad y sus modos de construirse y evolucionar.

- La Antropología médica identifica tres perspectivas (McElroy y Townsend, 2005):
  1. La etnomedicina, preocupada por los sistemas sociales que definen el proceso psicossocial de la curación y de los mecanismos sociocognitivos que intervienen en la enfermedad. Esta perspectiva podría considerarse como un contrapeso a los enfoques epidemiológicos de la biomedicina tradicional.
  2. La medicina ecológica, área de preferencia de autores importantes como McElroy y Townsend, se encuentra también en el núcleo de nuestra propuesta. Se concentra en la interacción de las condiciones biológicas con los “contextos” culturales. El concepto de contexto cultural es uno de los elementos esenciales a tener en consideración para comprender un adecuado planteamiento de comunicación estratégica

en salud, especialmente en áreas contextualmente muy saturadas, como la conducta de ingesta, obesidad, tabaquismo, consumo de estupefacientes, conducta sexual, violencia de género, inmigración, síndromes postraumáticos, depresión exógena, crisis vitales, geriatría y un larguísimo etcétera.

3. Antropología Médica Aplicada, la cual intenta centrarse en la investigación de la aplicación específica de los conocimientos socioantropológicos a la salud —intervención, prevención, estrategias políticas sanitarias— considerando especialmente la relación entre creencias culturales y estados saludables.

El aspecto más relevante de la Antropología médica de cara al planteamiento estratégico que venimos postulando consiste en el interés mostrado por esta disciplina por “comprender” el significado de los fenómenos de salud social más que por “medirlos” de forma objetiva, con el consiguiente enfoque cualitativo que puede proporcionar el conocimiento profundo necesario para esta comprensión. Esta área de la medicina social también analiza aspectos como el análisis del discurso médico y la narrativa interna médico-social y la construcción del significado en salud social, donde los medios de comunicación juegan un papel decisivo (véase, por ejemplo, la obra *Narrative Research in Health and Illness*, de Hurwitz y cols., publicado en el 2002 por BMJ Books).

- Finalmente, la Psicología Social de la Salud, brillantemente representada en España por autores como Rodríguez Marín (1995). Esta disciplina analiza el modo en que las características individuales, en interacción con las normas sociales, provoca la creación de creencias, valores y actitudes responsables de las experiencias de salud y enfermedad. Estudia también los procesos cognitivos y emocionales a través de los cuales discurren dichos fenómenos. Los contextos culturales y las variables individuales son sus dos parámetros más relevantes. Aunque, ciertamente, el análisis de las variables individuales, actualmente, ha sido escasamente desarrollado por estos modelos.

Desafortunadamente, la mayoría de estos modelos han sido desarrollados a partir de las teorías clásicas de la psicología social, asumiendo sus planteamientos metodológicos y conceptuales sin tener en consideración las variables intrínsecas y específicas del fenómeno, especialmente sus aspectos culturales y contextuales —ni, por supuesto, el problema derivado de la ética discursiva, el cual, es el verdadero origen de todo—.

Recordemos, brevemente, que estos modelos —dominantes, por otro lado, en el contexto global de la comunicación social y la salud— pueden sintetizarse en los siguientes (para una revisión detallada ver Cuesta, Ugarte y Hernández, 2006):

1. El modelo de creencias de salud.
2. La teoría de la acción razonada.
3. Las teorías del aprendizaje social y de la acción social.

4. Los modelos cognitivos y neocognitivos.
5. Los modelos de reducción del riesgo y de adopción de precauciones.
6. Los modelos de etapas de cambio.
7. Las teorías de las jerarquías de los efectos.
8. El modelo de difusión de innovaciones y flujos comunicativos.
9. Los modelos derivados de la “comercialización” o el “*marketing* social”.

Algunos autores están trabajando con gran eficacia para ampliar estos modelos y proporcionar nuevos planteamientos, provocando la aparición de un nuevo paradigma, similar al que venimos proponiendo para la comunicación estratégica. Estos modelos han sido, en ocasiones, denominados como pertenecientes a la Psicología “Cultural” de la Salud (MacLachlan, 2006).

Por otro lado, algunos de los modelos anteriores presentan planteamientos de valor innegable. Así, por ejemplo, los modelos de difusión de innovaciones y flujos comunicativos parten de una teoría vanguardista que está demostrando utilidad en los programas de cambio social. Una de sus propuestas más interesantes consiste en fomentar el empleo de líderes sociales o de comunicación (*celebrities*, en términos de las teorías del *marketing* social) para difundir la información y provocar el cambio. En el mismo sentido, las recientes teorías del aprendizaje social y de la acción social destacan la interacción entre el sujeto y su entorno social en el marco de “las influencias contextuales” y de los “procesos de interacción e interdependencia social”.

Por otro lado, Bandura, creador, en gran medida, de las modernas teorías del aprendizaje social y la cognición social, aborda actualmente la importancia de la “eficacia colectiva” (Bandura, 2000). Este aspecto de la conducta social resulta extraordinariamente importante para un adecuado planteamiento estratégico en comunicación social y salud, donde la conducta de riesgo se encuentra profundamente mediatizada por la valoración de amenaza percibida. La amenaza percibida, como veremos, puede, en gran medida, verse distorsionada por la percepción de eficacia. Unos bajos niveles de percepción de eficacia pueden conducir a una minimización de la amenaza, como forma de escapar a la frustración por el fracaso anticipado. Este mecanismo resulta especialmente importante en la conducta de riesgo de jóvenes, donde la colectividad intragrupal es tan relevante. Pero también es un mecanismo muy potente en otro tipo de conductas, como las adicciones o la conducta de ingesta, donde la percepción de eficacia es baja.

Desafortunadamente, la propuesta de Bandura se está encontrando con dificultades importantes, tanto metodológicas como conceptuales. Por ejemplo, metodológicamente no se ha resuelto el problema de la medición de los índices de eficacia colectiva —la eficacia individual tropieza con problemas menores— y actualmente ninguno de los dos índices propuestos (el sumatorio y el holístico) parece plenamente adecuado. Este problema metodológico deriva del conceptual: la propuesta de Bandura, con ser útil, no recoge los planteamientos “culturales” que venimos proponiendo. Lo cual, considerando el plantea-

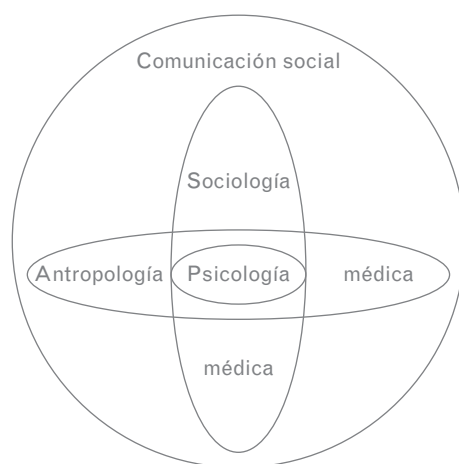
miento epistémico de Bandura, es, por otra parte, coherente con su sistema de creencias o apriorismos científicos.

Un adecuado planteamiento estratégico de comunicación debería partir de la integración de estas disciplinas: la Antropología médica, la Sociología médica y la Psicología Social (o Cultural) de la Salud y, todo ello, en el marco de la teoría de la comunicación social.

La figura 1 que aparece a continuación ofrece una representación esquemática de las interrelaciones entre las cuatro disciplinas. La Psicología se concentra en el individuo, desde el punto de vista más microscópico y en cómo sus evaluaciones y creencias influyen en la salud, pero, al hacerlo desde la psicociología, su papel, aun siendo “central” —de ahí su posición en el esquema— al constituir las “unidades” de construcción social, no es independiente ni de los factores estructurales ni de los culturales. La Sociología médica proporciona información sobre los grupos sociales y sus diferencias en los grados de vulnerabilidad y también en las desigualdades estructurales del sistema sanitario. Su representación vertical indica ese sentido de “estratificación” social del sistema sanitario. En cambio, la Antropología médica, centrada en las diferentes culturas o grupos, podría tener una representación más horizontal.

La comunicación social construye su modelo de comunicación estratégica teniendo en consideración estas interrelaciones. Para ello, la ética discursiva es el mejor punto de partida, mediante la aplicación de la actitud dialógica, la cual provoca el diálogo social: foros de debate privados y públicos, para impulsar la participación del tejido social, y técnicas cualitativas basadas en los foros de discusión —concepto original del llamado *focus group*—, para comprender y profundizar en el *input* social.

**FIG. 1 . REPRESENTACIÓN ESQUEMÁTICA DE LAS RELACIONES ENTRE LOS MODELOS PARTICIPATIVOS EN EL PARADIGMA DE LA COMUNICACIÓN SOCIAL Y LA SALUD (MODIFICADO DE MACLACHLAN, M. 2006)**



A partir de un planteamiento de este tipo, deben reconsiderarse algunas asunciones básicas comúnmente aceptadas en los modelos clásicos (Airhihenbuwa y cols., 1999):

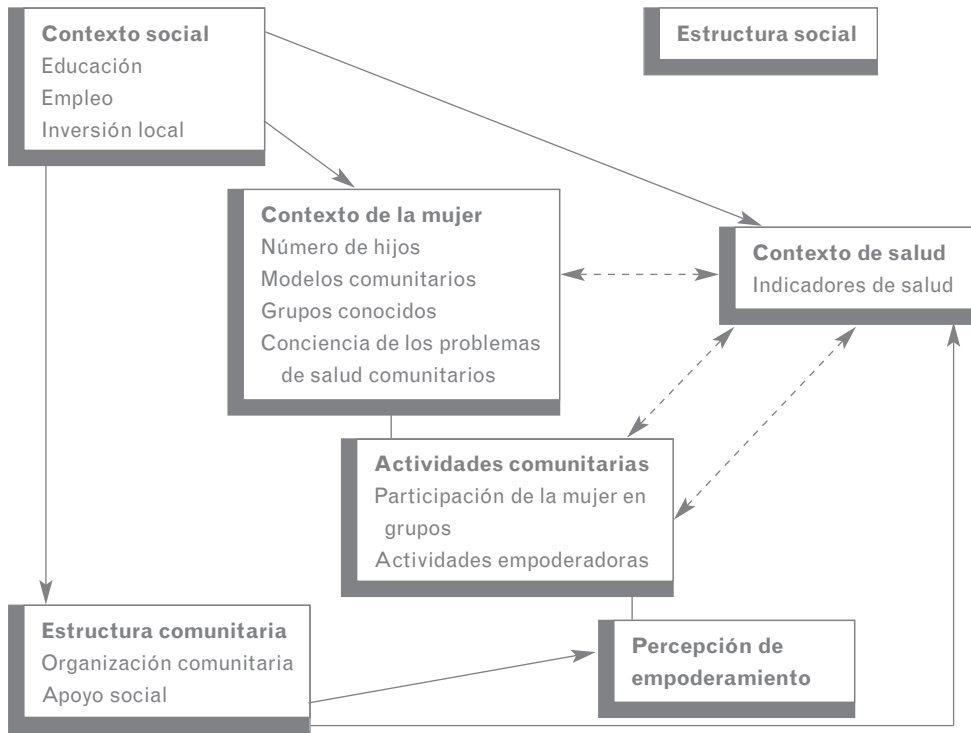
1. La existencia de una relación directa y lineal entre conocimientos o información médica y acción. Este supuesto que subyace a ciertas campañas de comunicación de base informativa ha sido contradicho no sólo en el contexto de la relación información-conducta, sino, incluso, en el binomio actitudes-conducta. El replanteamiento de esta asunción ha llevado recientemente a plantear estrategias comunicativas basadas en relaciones más complejas entre el proceso informativo/persuasivo y la acción: en lugar de plantear una relación directa “información-acción”, se plantea una relación compleja y progresiva entre “discurso narrativo-adquisición de hábitos”. Las teorías subyacentes a este replanteamiento estratégico remiten a: (1) las redefiniciones del constructo “actitud” (Albarracín y cols., 2005) y las complejas relaciones entre los componentes cognitivos y emocionales del individuo y la conducta emitida; (2) las “teorías del cultivo” (Gerbner y cols., 1986) que postulan unos efectos culturales “acumulativos” y “progresivos” de los medios; y (3) los postulados derivados del aprendizaje vicario y las modernas teorías de la narrativa y la psicología de los personajes (Cuesta y Menéndez, 2006), que explican la influencia de los personajes de ficción sobre la conducta del espectador. Todo ello ha dado lugar al modelo de “eduentretenimiento y comunicación”. A partir del éxito de algunas telenovelas como *Simplemente María* (Perú, 1969-1971) en la transmisión de determinadas conductas preventivas —tal y como demostró Miguel Sabido— se ha generado un cuerpo de evidencia teórica —todavía escaso— y de creaciones de ficción, que demuestran la eficacia de los programas de entretenimiento (telenovelas o narraciones fílmicas de ficción) en la transmisión de información, evaluaciones e incluso hábitos preventivos en salud social (Singhal y Rogers, 2002). Adicionalmente, una de las ventajas de este planteamiento estratégico consiste en provocar el discurso y el debate social dentro del grupo familiar (al compartir el visionado de la obra) o entre grupos, en tertulias radiofónicas, debates entre compañeros de trabajo... (Mohammed, 2001).
2. La excesiva preponderancia de las técnicas cuantitativas, tanto exploratorias —estadística descriptiva, epidemiología— como de contrastación o previsión —estadística inferencial, factorial, series temporales...— y, muy especialmente, de recopilación de datos previos. Estas técnicas, con ser extremadamente útiles y precisas, no consiguen abarcar el fenómeno en profundidad, ni en su complejidad cultural o contextual. Las técnicas cualitativas, en cambio, sí permiten captar los fenómenos de comunicación social en mayor profundidad y permiten, además, comprender el “proceso” mediante el cual se construyen los significados y las realidades sociales. La metodología de la “triangulación”, en cuanto combinación de técnicas cuantitativas y cualitativas que se complementan mutuamente, es la única válida.
3. Se deben primar objetivos a medio plazo, desplazando el interés de objetivos definidos por sus aparentes beneficios a corto plazo. Frecuentemente, los objetivos a corto plazo

vienen marcados por procesos de decisión “externos” —autoridades políticas o sanitarias—. Sin embargo, los procesos decisorios de base más amplia y derivados de un diálogo interno-externo suelen dar lugar a objetivos de medio o, incluso, largo plazo.

4. Tener en consideración mucho más las variables culturales y contextuales, como ya hemos subrayado abundantemente. Una reorientación de los ámbitos contextuales debería llevar a considerar en los modelos de estrategia comunicativa ámbitos como:
  - La política gubernamental y la legislación en el apoyo (o ignorancia) de los programas de intervención.
  - Los niveles socioeconómicos, colectivos e individuales que pueden intervenir en el proceso.
  - Las variables culturales, positivas y negativas que afectan al proceso. Especialmente importante resulta en este contexto la definición de variables culturales emergentes, como el empoderamiento, de gran importancia en determinados fenómenos de comunicación y salud.

La figura 2 muestra un ejemplo extraído del trabajo de Carnaval acerca de la promoción de la salud utilizando como variable de análisis el empoderamiento de las mujeres

**FIG. 2. PREDICTORES DEL EMPoderAMIENTO COMUNITARIO EN LAS MUJERES DE CALI (CARNAVAL, G. E., 1996)**



res de Cali. Este tipo de trabajos muestran cómo tratar estas variables culturales mediante métodos empíricos rigurosos y objetivos —cuantitativos y cualitativos—.

- Las relaciones de género y entre minorías —especialmente inmigración y grupos marginales—. Sólo una auténtica comprensión de estas relaciones “tal y como se producen” en su propio contexto cultural permitirá definir diseños estratégicos adecuados.
  - Espiritualidad. Las creencias y normas de los grupos espirituales/religiosos han sido poco analizados en el contexto de las estrategias comunicativas en salud y, sin embargo, su importancia es muy relevante en determinados grupos culturales.
5. La consideración de variables emocionales que saturan fuertemente las conductas relacionadas con la salud. Por ejemplo, el nuevo concepto de “riesgo” (especialmente relevante en el campo de la seguridad vial, drogadicción juvenil, tabaquismo, alcoholismo y conducta sexual de riesgo) y las teorías del TMT (*Terror Management Theory*, Solomon, 1980), según las cuales los acontecimientos que desencadenan miedo a la muerte (y entre ellos, muchos de los vinculados a la salud social) provocan complejos mecanismos cognitivos y emocionales de enfrentamiento.

### 3. CONCEPTOS EMERGENTES: NUEVO CONCEPTO DE RIESGO Y TMT

Todo lo anterior supone un planteamiento “global” para proporcionar ideas que contribuyan a una redefinición de los planteamientos estratégicos en comunicación social y salud: partiendo de la responsabilidad ética que conduce a un enfoque de responsabilidad discursiva en la construcción del mensaje social, hemos sugerido la necesidad de contar como interlocutores necesarios y útiles a los propios afectados en un discurso participativo. Derivando del mismo planteamiento ético, pero ahora con fines pragmáticos —metodológicos, si se quiere— concluimos la necesidad de considerar las variables culturales —contextuales, ecológicas— lo que se traduce en aproximaciones estratégicas novedosas, como el empoderamiento o el “eduentreñamiento”. Y ello nos obliga a una consideración pluridisciplinar, donde la Psicología Social/Cultural de la Salud ocupa el centro de una interacción con la Sociología y la Antropología médica. Este abordaje implica reconsiderar algunos postulados “clásicos” —aun aceptando la validez y utilidad parcial de los modelos clásicos— y, muy especialmente, a nivel metodológico, adoptar de manera decidida el método de la triangulación: retroinformación entre metodologías cuantitativas y cualitativas.

Concluimos ahora con una aportación “particular” a estos planteamientos particulares (similar a la propuesta del empoderamiento).

Se trata del concepto de riesgo y la *Terror Management Theory* (TMT) o Teoría del Manejo del Terror.

Ambas manejan el concepto de “defensa del yo” e intentan explicar los mecanismos cognitivos y emocionales con los que los sujetos se enfrentan a una amenaza frente al yo.

Aun cuando los conceptos de riesgo manejados son diferentes (las teorías del riesgo o amenaza del yo nos enfrentan a riesgos cotidianos, mientras que la TMT remite a riesgos o temores más importantes), presentar ambos bloques de teorías tiene el interés de que las primeras apelan a mecanismos explicativos, fundamentalmente psicológicos —individuales— mientras que las segundas los abordan desde la perspectiva psicosocial —grupal—.

#### TEORÍAS DEL RIESGO O AMENAZA DEL YO

El análisis de las amenazas del yo tiene un doble interés en comunicación y salud. Por un lado, toda la gama de experiencias negativas que originan conlleva importantes riesgos para la salud —física y mental, si es que tal binomio existe—. Por otro lado, una de las dificultades mayores de los programas de comunicación social consiste en conseguir que los receptores perciban la amenaza como real, porque únicamente aceptando la amenaza puede iniciarse el interés por el cambio de conducta.

Dada la complejidad de los subgrupos —o subculturas o “tribus”— socialmente conformados actualmente, en ocasiones las reacciones son muy diferentes frente a la misma amenaza objetiva. Esto es especialmente notorio entre los jóvenes, donde resulta incluso dudoso que pueda hablarse de forma genérica de “los jóvenes”. Una breve síntesis de un trabajo de investigación, que presentaremos como conclusión, ejemplificará estas ideas.

Existen tres tipos de situaciones (Smith y Makie, 1995) que representan amenazas para el yo: los fracasos, las contradicciones y los factores estresantes.

- Los “fracasos” no consisten únicamente en suspender un examen o no conseguir un ascenso, también incluyen percepciones como: sentirse gordo/a, no ser aceptado por el grupo que consume alcohol o tardar más de tres horas en un viaje en coche (lo que obliga a conducta de riesgo) o fracasar en el coito con la pareja. Todas estas percepciones de fracaso inciden sobre conductas de riesgo en salud.
- Las “contradicciones”: enfermedades en una persona habitualmente sana, la imagen social del alcohol como beneficioso, el placer inmediato que provocan determinadas sustancias y conductas... todo ello son contradicciones que amenazan al yo y que inciden poderosamente sobre las conductas de riesgo en salud.
- Los “factores estresantes” provocan fuertes presiones sobre el yo, al exceder nuestros recursos de enfrentamiento. Hacen referencia a las grandes crisis como fallecimientos importantes, pero también remiten a sucesos cotidianos, como las frustraciones cotidianas o la rutina o las presiones del grupo de referentes para emitir determinadas conductas.

Una de las consecuencias más importantes de la amenaza, desde el punto de vista del equilibrio y la salud social, consiste en su incidencia sobre las “evaluaciones del control”: los sucesos más amenazantes son aquéllos como percibidos fuera de nuestro control; si fuéran-

mos capaces de controlar la situación, ésta dejaría de ser amenazante. Por consiguiente, o bien continúa la percepción de pérdida de control, o bien el sujeto elimina dicha percepción. Las consecuencias de una percepción sostenida de pérdida de control son muy negativas, provocando un estado de “indefensión aprendida” (Seligman, 1975). Esta indefensión se asocia con importantes trastornos de salud contribuyendo a la aparición, entre otros, del síndrome depresivo, especialmente en sujetos con “estilos de atribución depresivos”.

En función de las características del individuo, pero también de las características culturales de su grupo, los sujetos emplean estrategias de enfrentamiento diferentes. Es imprescindible conocer las estrategias más importantes del grupo (o subgrupo poblacional) al que se dirige la comunicación para diseñar un planteamiento adecuado de la comunicación. Este conocimiento (*consumer insight*) es accesible mediante la metodología de la triangulación mencionada anteriormente.

José Luis Álvarez (2000), uno de los especialistas en *focus group* más importante de España, encontró al analizar los mecanismos de afrontamiento de la amenaza en el diseño de una campaña del Sistema Sanitario Andaluz (SAS) de prevención en SIDA que, en uno de los subgrupos de mayor riesgo (prostitutas transexuales o travestidos), dicho afrontamiento consistía en la valoración positiva de dicho riesgo por parte de los clientes —aparentemente la percepción de riesgo provocaba un placer mayor de trasgresión—. Este dato, explorado mediante técnicas cualitativas y en un marco cultural/contextual de la salud, obligó a replantear radicalmente la estrategia comunicativa de la campaña de prevención.

Existen dos tipos de mecanismos de afrontamiento de la amenaza: los basados en un enfoque emocional —evasión, negación, sobreprotección y distorsión— y los de ataque razonado —evaluación inducida, invención de excusas, autolimitación y control del problema/autoeficacia.

#### 1. Enfoque emocional

- **Evasión:** simplemente el sujeto huye de la amenaza, rechazando el enfrentamiento —conductual o psicológico—. No consiste en una negación de ésta, puesto que el sujeto la reconoce, pero evita afrontarla. El mecanismo explicativo suele ser la percepción de incapacidad de afrontamiento: el sujeto se valora como escaso de recursos de *coping* adecuados. Una de las recientes campañas del Ayuntamiento de Madrid contra el alcohol (“El alcohol es una droga”, 2005) se enfrentó con este problema, el cual fue detectado mediante los *focus group*: determinado subgrupo de padres (el *target* de la campaña eran los padres de jóvenes potenciales consumidores) evadían el problema al considerarse incapaces de afrontar el problema de hablar con sus hijos<sup>1</sup>.

1. Adicionalmente hay que subrayar que estos subgrupos (y también otros) hacían recaer la responsabilidad de su escasa capacidad de afrontamiento a la laxa política pública frente al alcohol, responsable de la creación del *frame* social “el alcohol está permitido en todas partes, incluida la calle”.

- **Negación:** en este caso la amenaza es negada, no existe tal riesgo. Con ello se bloquean las consecuencias desagradables de las autodiscrepancias y el estrés sostenido. La Teoría de la Disonancia Cognitiva de Festinger (1957) explicó bien este fenómeno, sorprendentemente poco analizado en el área de la comunicación y la salud, considerando su importante participación. Alcohol, tabaco y, en general, consumo de estupefacientes suelen iniciar su conducta de riesgo mediatizados por este mecanismo.
- **Sobreprotección:** los sujetos perciben la amenaza, pero ellos se encuentran protegidos por la “barrera de inmunidad”. En comunicación social este mismo mecanismo explica el “efecto tercera persona”, tan de moda actualmente, para interpretar la tendencia de las audiencias a percibir cómo el riesgo de aculturación mediática se produce sobre los otros, pero no sobre ellos. Los grupos juveniles son especialmente sensibles a este mecanismo de sobreprotección, hasta el punto de intervenir en un número importante de conductas de riesgo en salud (ingesta de sustancias, conducción temeraria, conducta sexual de riesgo, etc.).
- **Distorsión:** consiste en un sesgo perceptual mediante el cual se refuerza lo positivo de la conducta emitida y se minimiza lo negativo. Por ejemplo, la conducta de ingesta en personas con sobrepeso de determinada etiología se encuentra mediada por este mecanismo.

## 2. Ataque razonado

- **Evaluación inducida:** se trata de “atacar” la amenaza realizando inducciones cognitivas que permitan reevaluarla, habitualmente con el objetivo final de cuestionar su validez. Algunos tertulianos contemporáneos de los medios de comunicación social ofrecen un claro ejemplo de este mecanismo al autojustificar públicamente su tabaquismo.
- **Invencción de excusas:** mediante las llamadas “atribuciones de enaltecimiento” distorsionamos nuestras explicaciones de éxitos y fracasos (Mullen y Riordan, 1988) con tendencia a realizar atribuciones internas de los éxitos y externas de los fracasos. Determinados subgrupos urbanos presentan tendencia a emplear este mecanismo, que suele ir acompañado de *locus* de control interno y cierto grado de autoestima (se ha encontrado, por ejemplo, entre cierta tipología de consumidores de cocaína).
- **Autolimitación:** se basa en la siguiente idea: el fracaso “probable” es más admisible para el yo que el “posible” fracaso. Por ejemplo, en determinados casos los sujetos usan la enfermedad como excusa cuando creen que van a fracasar en una tarea importante (Snyder y Higgins, 1988). Siempre es preferible dar a los demás la imagen de enfermo que de incompetente (o de perezoso).
- **Control del problema/autoeficacia:** anteriormente ya comentamos este mecanismo de la autoeficacia, desarrollado actualmente por Bandura en el contexto de la autoeficacia social y sus relaciones con la salud e inicialmente planteado en el área de la cognición social. La percepción de autoeficacia social es uno de los mejores predictores de éxito de los programas de persuasión social y, a pesar de sus dificultades de evaluación —reseñadas anteriormente—, se alza como una variable emergente de relieve.

Sin duda que la consideración de estos mecanismos explicativos como variables a considerar dentro del modelo de comunicación social y salud propuesto en la figura 1 supondrá un impulso al replanteamiento estratégico que venimos propugnando en esta área. Naturalmente, éstas no constituyen elementos del modelo global, sino variables intervinientes que deben tomarse en consideración en el momento de “aplicar” el modelo al realizar el diseño estratégico.

En el mismo sentido debe entenderse la aplicación de la TMT que describimos a continuación.

#### *TERROR MANAGEMENT THEORY*

Becker (1973) ha sido uno de los principales autores en destacar la variable “miedo a la muerte” —autoconsciencia del yo y su desintegración— como causante de ansiedad latente. Los psicólogos sociales Solomon, Greenberg y Pyszczynski han intentado explicar científica y empíricamente las teorías de Becker mediante la TMT propuesta inicialmente en los años ochenta.

Esta teoría (Solomon y cols., 1991; Solomon y cols., 2004) se basa en la “hipótesis de la activación del miedo a la muerte”. Dicha hipótesis afirma que si una estructura psicológica determinada proporciona protección contra la ansiedad, entonces, al activarse en los sujetos una fuente de ansiedad, como es el miedo a la muerte, se incrementa la necesidad de apelar a la estructura psicológica “protectora”.

Esa estructura protectora proporciona, en cierta medida, recursos emocionales para enfrentarse a la ansiedad —o terror— provocada por el miedo a la muerte.

La teoría plantea la existencia de dos mecanismos que soportan la estructura psicológica contra la ansiedad o terror a la muerte: por un lado, un mecanismo “directo”, racional, centrado en la amenaza, el cual contribuye a disminuir la percepción de vulnerabilidad, mediante mecanismos similares a los planteados en el apartado anterior —sobre la amenaza—. Mediante este proceso, el terror a la muerte se desplaza hacia un futuro lejano o se ignora. El segundo mecanismo propuesto es de tipo “simbólico”, basado en el contexto cultural —de ahí su importancia en el replanteamiento estratégico basado en el contexto cultural—. Se trata de “defensas culturales” —grupales, como veremos, para nuestros intereses— que hacen participar al sujeto de una creencia mediante la cual se siente más fuerte y seguro, como partícipe de una “realidad espiritual” eterna. Estos mecanismos de defensa (*coping*) contra la amenaza percibida se manifiestan en un doble proceso cultural reductor de la ansiedad: (1) una concepción culturalmente compartida del mundo y (2) un yo-enaltecido que se adquiere mediante la autopercepción de comportarse conforme a unos estándares culturales compartidos acerca de esa visión del mundo.

Realmente, la concepción del mundo, el primer mecanismo, es la base que soporta el proceso psicológico primario que actúa como reductor de la ansiedad, el cual consiste en

el “yo-enaltecido” —llamado *self-esteem* en el modelo TMT, posiblemente de forma poco precisa, dado que la autoestima remite a otros constructos psicológicos—.

El yo-enaltecido permite sostener la creencia de la permanencia y estabilidad del yo, bien de modo simbólico —mediante la permanencia en la posteridad por los trabajos creados— o de modo real —mediante la creencia en la otra vida—. Ahora bien, esta función de protección del yo únicamente se produce si el sujeto se comporta firmemente según las normas y creencias del grupo, aceptando su estándar de “lo bueno” y “lo malo”.

Resulta evidente que la definición de lo bueno y lo malo, en este contexto, está fuertemente saturada de contexto cultural, por lo que estos estándares dependen de la realidad social en la que se desarrolle el sujeto. Por otro lado, como tales creencias sociales, necesitan de una fuerte cohesión social y de un alto grado de consenso. Esta cohesión, según los autores, se consigue mediante la educación religiosa, los rituales de asociación culturales y la validación continua social en contextos interpersonales e intragrupal.

Aunque hasta el momento no se han realizado propuestas en este sentido, nosotros planteamos que el TMT podría resultar de utilidad para comprender determinadas conductas relacionadas con la salud social, en base a dos principios empíricamente contrastados:

- En primer lugar, el hecho de que la ansiedad derivada del miedo a la pérdida del yo afecta a un amplio rango de conductas no relacionadas con la muerte, tales como las evaluaciones interpersonales, los juicios morales sobre la transgresión, los estereotipos, los sesgos intragrupal, la agresión, etc.
- En segundo lugar, el hecho de que, cuando se incrementa la ansiedad ante la muerte, los sujetos buscan activamente la asociación con grupos de creencias compartidas.

La aplicación de estos postulados para determinados contextos culturales de fuerte saturación religiosa es evidente, en el caso de conductas de salud donde la moral religiosa incide directamente. Tal es el caso de la conducta sexual de riesgo o las relaciones de género. Piénsese en determinados contextos islámicos para comprender claramente este problema. En el mismo sentido, el fenómeno del terrorismo islámico podría participar activamente de este mecanismo.

Sin embargo, la propuesta más arriesgada es diferente. Sugerimos que, en el mundo occidental posmoderno —y especialmente el europeo, más laico—, la socialización de valores religiosos compartidos es inexistente —cuando no negativa— en determinados grupos culturales. Podría ocurrir que estos grupos, carentes de estos mecanismos de enfrentamiento, acudieran a creencias compartidas grupales que colaboraran a crear la sensación de enaltecimiento del yo, desplazando así la ansiedad.

Este mecanismo permitiría comprender mejor determinadas conductas de alto riesgo en salud social que se inician en rituales compartidos, especialmente entre jóvenes.

Únicamente una adecuada comprensión de las verdaderas motivaciones psicológicas y mecanismos culturales que soportan las conductas de riesgo en salud permitirá definir estrategias de comunicación adecuadas, permitiendo, al mismo tiempo, una comunicación participativa propia de la ética discursiva y dialógica contemporánea.

## BIBLIOGRAFÍA

- AGUILERA, M. y PINDADO, J. (2006): *Nuevos enfoques en comunicación y salud: perspectivas de investigación. Comunicar*, 26, 13-20.
- AIRHIHENBUWA, C., MAKINWA, B., FRITH, M. y OBREGÓN, R. (1999): *Marco de comunicaciones sobre el VIH/SIDA. Una nueva orientación. Documento del Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el SIDA (ONUSIDA). Ginebra.*
- ALBARRACÍN, D., JOHNSON, B. T. y ZANNA, M. P. (2005): *The Handbook of Attitudes*. Nueva Jersey: LEA.
- ÁLVAREZ, J. L. (2000): Trabajo realizado por *Metra 6*. (Comunicación personal sin publicar).
- BANDURA, A. (2000): "Exercise of human agency through collective efficacy". *Current Directions in Psychological Science*, 9, 75-78.
- BECKER, E. (1973): *The Denial of Death*. Nueva York: Free Press.
- CARNAVAL, G. E. (1996): *Promoción de la salud: predictores del empoderamiento comunitario en las mujeres de Cali*. Tesis Doctoral sin publicar. Ciencias de Enfermería Universidad de Illinois, Chicago.
- COMAS, D. y cols. (2003): *Jóvenes y estilos de vida: valores y riesgos en los jóvenes urbanos*. Madrid: FAD/INJUVE.
- CORTINA, A. (1995): "Ética discursiva en el ámbito de la información". En Bonet Perales, Enrique (coord.): *Éticas de la información y deontologías del periodismo*. Madrid: Tecnos.
- CUESTA, U. y MENÉDEZ, T. (2006): "Psicología de los Personajes". En García, Francisco: *Narrativa*. Madrid: Laberinto (prensa).
- CUESTA, U., UGARTE, A. y MENÉDEZ, T. (2006): *Comunicación social y salud. Una Introducción*. Madrid: Edipo.
- FESTINGER, L. (1957): *A Theory of Cognitive Dissonance*. Evanston: Row Peterson.
- GERBNER, G., GROSS, L., MORGAN, M. y SIGNORELLI, N. (1986): "Living with Television". *The Dynamics of the Cultivation Process*. Hillsdale.
- HABERMAS, J. (1985): *Conciencia Moral y Acción Comunicativa*. Barcelona: Península.
- MACLACHLAN, M. (2006): *Culture & Health: A Critical Perspective towards Global Health*. Chichester: Wiley.
- MC ELROY, A. y TOWNSEND, P. (2005): *Medical Anthropology in Ecological Perspective*. Australian Journal of Anthropology. August.
- MOHAMMED, S. (2001): "Personal communication networks and the effects of entertainment-education radio soap opera in Tanzania". *Journal of Health Communication*, 6 (2), 137-154.
- MULLEN, B. y RIORDAN, C. A. (1988): "Self-serving attributions for performance in naturalistic settings: A meta-analytic review". *Journal of Applied Psychology*, 18, 3-22.
- PÉREZ GONZÁLEZ, R. A. y MARTÍNEZ RAMOS, E. (1981): *La estrategia de la comunicación publicitaria*. Madrid: Instituto Nacional de Publicidad.
- PYSZCZYNSKI, T., SOLOMON, S. y GREENBERG, J. (2003): *In the wake of 9/11: The Psychology of terror*. Washington, DC: American Psychological Association.
- RODRÍGUEZ MARÍN, J. (1995): *Psicología Social de la Salud*. Madrid: Síntesis.
- SCAMBLER, G. (2004): *Medical Sociology: Major Themes in Health and Social Welfare* (Major Themes in Health and Social Welfare). N. York: Routledge.

- SELIGMAN, M. E. P. (1975): *On Depression, Development, and Death*. San Francisco: Freeman.
- SINGHAL, A. y ROGERS, E. M. (2002): *Atheoretical agenda for entertainment education*. *Communication Theory*, 12 (2), 117-135.
- SMITH, E. R. y MAKIE, D. M. (1995): *Social Psychology*. Nueva York: Worth Publishers.
- SNYDER, C. R. y HIGGINS, R. L. (1988): *Excuses: Their effective role in the negotiation of reality*. *Psychological Bulletin*, 104, 23-35.
- SOLOMON, S., GREENBERG, J. y PYSZCZYNSKI, T. (1991): *A terror management theory of social behavior: The psychological functions of self-esteem and cultural worldviews*. En Berkowitz, L. (ed.): *Advances in experimental social psychology* (Vol. 24, pp. 93-159). San Diego, CA: Academic Press.
- SOLOMON, S., GREENBERG, J., SCHIMEL, J., ARNDT, J. y PYSZCZYNSKI, T. (2004): "Human awareness of mortality and the evolution of culture". En Schaller, M. y Crandall, C. S. (eds.): *The Psychological Foundations of Culture* (pp. 15-40). Nueva Jersey: LEA.

# El binomio comunicación y salud: Relaciones e investigación

AITOR UGARTE ITURRIZAGA

## 1. COMUNICACIÓN Y SALUD: RELACIONES

Hay veces que comenzar un texto con una metáfora ayuda a poner en contexto lo que se quiere tratar. Partiendo de esa licencia literaria, se podría decir que la relación entre la comunicación y la salud se puede parecer a la de dos adolescentes primas hermanas, cuya unión, que puede llegar a ser muy estrecha, depende en gran medida de los tiras y aflojas de sus padres. Es decir, si los médicos y el resto de profesiones sanitarias están interesados en la comunicación, la relación de ambas primas avanzará. Si los periodistas y el resto de comunicadores se interesan rigurosamente por la salud, también será una buena señal. Pero incluso se podría añadir que, aunque sus “mayores” se peleen, las primas hermanas de las que hablamos están destinadas a encontrarse. Es cuestión de tiempo y, parafraseando a Ortega, de “la circunstancia”.

Una de las características comunes a ambas ciencias es que su estudio se puede clasificar desde un punto de vista individual, ligados podríamos decir, a métodos propios de la Psicología; o desde un punto de vista colectivo, más vinculado a la Sociología. Depende de qué óptica se adopte, las investigaciones sobre comunicación, por un lado, y sobre salud, por otro, y los estudios de las relaciones entre la comunicación y la salud tendrán diversas metodologías y perseguirán diferentes objetivos.

En el campo de la salud, el enfoque individual remitiría a una experiencia habitual en la vida de toda persona (por tanto, una imagen social compartida) que la situaría dentro de un despacho con paredes blancas, con o sin camilla, en el que un profesional sanitario a un lado de una mesa escucha con mayor o menor atención al paciente que está sentado al otro lado, con el ánimo de concluir el diálogo (la *anamnesis*) con la apertura o el seguimiento de una historia clínica y, en su caso, con un consejo preventivo, con un diagnóstico o con la derivación a otros profesionales para que continúe el proceso de análisis de los riesgos de salud y, en el peor de los supuestos, de la enfermedad del paciente. Evidentemente, en la calidad y en la calidez de este proceso juega un papel fundamental la comunicación en su faceta intersubjetiva o interpersonal (Clèries, 2006; Flórez, 2006).

El enfoque colectivo de la salud nos coloca, sin embargo, ante una realidad mucho menos conocida por los ciudadanos, pero en la que se conjuga plena y simultáneamente la triple

faceta biopsicosocial con la que la OMS definió la salud en 1948. La Salud Pública (permítase la licencia de emplear mayúsculas) es aquella parte de las Ciencias de la Salud que ampara y defiende con más énfasis el carácter interdisciplinar de los profesionales implicados en el mantenimiento o mejora de los niveles colectivos de salud y que, por ende, amplía el campo de conocimiento de la salud mucho más allá de la Medicina o de la Enfermería, o incluso de la Psicología clínica y de la Veterinaria, para abarcar órbitas específicas de las Ciencias Sociales como la Antropología, la Sociología y, por supuesto, la Comunicación. Todo ello sin perjuicio de que también acepta la necesidad de contar con nuevas profesiones u oficios como el trabajo social, la terapia ocupacional o la mediación intercultural, disciplinas, por cierto, con base científica tan plural como puede ser la de las Ciencias de la Comunicación.

Esta mirada colectiva o pública de la salud interactúa con la comunicación de una manera intensa. Sirvan como ejemplos la mención a la cobertura que prestan los medios de comunicación a aspectos ligados con la salud, las campañas publicitarias o de *marketing* social impulsadas por instituciones públicas y privadas con el objetivo de lograr cambios en las actitudes y en el comportamiento de los ciudadanos, la utilización de los viejos o de los nuevos medios para llegar con propuestas de salud preventivas, primarias o secundarias, a un amplio espectro de población, o el complejo mundo de la gestión de los riesgos y de la comunicación de crisis relacionadas con la salud. Estos nexos dibujan un amplio y mestizo abanico de relaciones comunicativo-salubristas, que en los últimos decenios ha merecido una creciente atención desde el punto de vista de la práctica diaria y no poca desde el punto de vista de la reflexión y la investigación, esto último principalmente en el entorno cultural anglosajón y cada vez más en el iberoamericano (con mayor protagonismo de la parte americana que de la ibérica).

El crecimiento del interés de los sanitarios por los asuntos ligados a la comunicación es consecuencia de una creencia cada vez más marcada en que las Ciencias de la Salud están avanzando en los últimos tiempos impulsadas por su acercamiento al Humanismo y las Ciencias Sociales.

*In the past, most major changes in medicine were the product of new scientific discoveries, medical equipment, and techniques. Today, some significant changes are occurring because of the research of social scientist and humanist, applied not only to medical practice and the health care industry, but also to larger issues of public health (Jackson y Duffy, 1998).*

También merece la pena destacar el ámbito de la comunicación interna u organizacional como un campo más de relación entre la comunicación y la salud. Por supuesto, desde la perspectiva de la necesaria gestión de la comunicación interna en las organizaciones sanitarias cuyo objetivo está ligado al *management* global de la entidad, pero también desde una novedosa perspectiva que persigue demostrar la correlación entre una buena comunicación interna y un mayor nivel de bienestar de los trabajadores de la organización.

Los tres niveles de relación entre el binomio comunicación y salud —el individual, el colectivo y el organizacional— han sido o están siendo objeto de investigación. El si-

guiente punto de este artículo hará una revisión de qué y cómo se está investigando en el ámbito anglosajón y en España, para finalmente exponer una iniciativa académico-institucional que pretende desembocar en varias propuestas concretas de investigación tanto en el ámbito de la comunicación colectiva o de masas como en el de la interpersonal.

## 2. INVESTIGACIÓN: ESTADO DEL ARTE

Para esta parte del artículo se procederá en primer lugar a una revisión de las dos principales revistas científicas internacionales sobre comunicación y salud, *Health Communication* (en adelante *HC*) y *Journal of Health Communication* (en adelante *JoHC*), con el objetivo de dibujar un mapa de lo que se ha investigado a nivel mundial en comunicación y salud en la última década del siglo XX y en la primera del siglo XXI. Un segundo análisis revisará el estado de la investigación del binomio comunicación y salud en España.

### CIENCIA EN INGLÉS: MANDA ESTADOS UNIDOS

La investigación sobre comunicación y salud está dominada por el mundo anglosajón y, más en concreto, por científicos estadounidenses. No es casualidad que en Estados Unidos se editen las únicas publicaciones científicas que se dedican monográficamente al binomio comunicación y salud.

Hay una tercera publicación especializada: *Communication & Medicine*<sup>1</sup>. Esta revista, limitada al campo de la medicina y no al más amplio de la salud, tiene una visión internacional, aunque con cierto sesgo europeo por estar editada por una empresa radicada en Alemania (Walter de Gruyter) y por ser su editor principal el profesor Srikant Sarangi, director del Centro de Investigación en Comunicación y Salud de la Universidad de Cardiff (Gran Bretaña). La revista se comenzó a publicar en 2004 y edita solamente dos ejemplares al año, con lo cual su aportación al campo de la comunicación y la salud es mucho más limitada que en los casos de *HC* y *JoHC*.

El aumento del interés por investigar este campo de la comunicación es relativamente reciente. Nótese que la revista más antigua, *HC*, comenzó a editarse en 1989 y *JoHC* no comenzó su andadura hasta 1996. Al margen de esta relativa adolescencia de la investigación, el grado de desarrollo que ha alcanzando el ejercicio de esta disciplina en la práctica es muy notable. Otra cuestión es la calidad —discutible en bastantes casos— del enorme trabajo que se hace en comunicación y salud en casi cualquier lugar del mundo.

---

1. <http://www.atypon-link.com/WDG/loi/come?cookieSet=1>

Esta revisión del estado del arte de la investigación se basa principalmente —pero no exclusivamente— en dos números recientes de ambas publicaciones que, por motivos diferentes, se han dedicado a hacer balance de todos los artículos que cada una de ellas ha publicado hasta el momento. En el caso de *HC* porque ha alcanzado sus primeros 75 números publicados y en el caso del *JoHC* porque ha cumplido sus 10 primeros años de actividad.

La primera cuestión que hay que plantearse al abordar esta tarea, para no caer en reduccionismos, es que sobre comunicación y salud se publica en muchas revistas científicas dedicadas a una y otra ciencia. Si bien, luego de ratificar esa evidencia, se debe advertir que la mayor parte de artículos sobre la materia recaen en las dos revistas especializadas. El resto publica muy poco sobre comunicación y salud.

Según un estudio que examinó 18 publicaciones científicas dedicadas a la comunicación y una dedicada a la investigación cualitativa sobre salud (*Qualitative Health Research*) durante un período de 11 años (Beck y cols., 2004), sólo el 4% de los artículos estaban dirigidos a la comunicación y la salud, si no se tienen en cuenta los publicados en *HC* y *JoHC*. La conclusión, efectivamente, es que se publican artículos sobre la materia fuera de las dos revistas de referencia, pero no son relevantes en cantidad. Sin contar ambas, la revista de comunicación que más artículos acepta sobre comunicación y salud es *Journal of Applied Communication Research* (24%), lo que la convierte en una excepción muy a tener en cuenta.

Otra de las cuestiones en las que debe entrar esta revisión es cuáles son los temas más abordados dentro del amplísimo campo de la comunicación y la salud. Una buena forma de responder a esta cuestión es el trabajo que desde finales del año 2004 viene realizando Bill Evans en *HC*. Este investigador se dedica periódicamente a recopilar la bibliografía sobre comunicación y salud de docenas de bases de datos que, a su vez, indexan 102 revistas que son susceptibles de publicar artículos sobre comunicación y salud (incluidas *HC* y *JoHC*).

En la última evaluación, de las 914 referencias reunidas, el 32% estaba dedicado a la comunicación entre pacientes y profesionales sanitarios, el 25% a la comunicación de salud que realizan los medios, el 17% a cuestiones ligadas al uso de las nuevas tecnologías para informar sobre salud, el 13% abordaban aspectos teóricos, el 7% hablaba de comunicación de riesgos, y el 5% de campañas y otras herramientas de promoción de la salud (Evans, 2005).

Los resultados de este estudio difieren, en parte, del análisis de los artículos publicados en los 75 números de *HC*, donde el 20,7% fueron sobre comunicación paciente-profesional, 13,4% sobre campañas, 11,8% sobre riesgos, 8,4% sobre envejecimiento, 7% sobre uso del lenguaje, y 5,9% sobre la comunicación en salud que publican los medios (Thompson, 2005).

Si acudimos al análisis de los 321 artículos publicados en *JoHC* en sus 10 años de existencia (Freimuth et al., 2006), el 60% hacía referencia de una u otra forma a los medios de

comunicación (noticias en prensa, radio o televisión; campañas; educación en salud mediante el entretenimiento; publicidad), mientras que el 23% abordaba la comunicación interpersonal profesional-paciente. No se dice nada en el artículo sobre el 17% restante. Es evidente que la metodología de agrupación de temas es distinta respecto a la evaluación de *HC*, pero la comparación nos puede servir para extraer alguna conclusión.

La primera es que los artículos centrados en *mass media* tienen más posibilidades de ser aceptados en *JoHC* que en *HC* —esta publicación admite sólo el 15% de los artículos que le llegan—. La segunda es que, fuera de las dos revistas especializadas, la evaluación de las campañas de promoción de la salud interesa poco. La tercera conclusión hace referencia a la actualidad de los estudios de comunicación interpersonal que afectan a la relación entre profesionales y usuarios/pacientes; es una antigua preocupación que sigue plenamente vigente en la investigación de hoy día a la luz de los datos.

Para completar el repaso al estado del arte en comunicación y salud desde el punto de vista de las publicaciones científicas, conviene apuntar telegráficamente algunos aspectos destacados en la evaluación que han realizado *HC* y *JoHC* sobre su producción literaria.

- Los artículos que hacen énfasis en aspectos teóricos son una minoría: el 38% en *JoHC*, mientras que *HC* indica que el 75% de sus artículos no manifiesta ninguna aproximación teórica en sus *abstracts*. Otro aspecto que destaca *HC* es que no hay prácticamente desarrollo de nueva teoría por parte de los autores.
- Las enfermedades sobre las que más habitualmente tratan los artículos de ambas publicaciones son el VIH/SIDA (incluidos en este epígrafe el sexo seguro y la planificación familiar), cáncer y alcohol, tabaco y otras sustancias de abuso. Estos temas ocupan el 75% de los artículos de *HC*.
- La metodología cuantitativa es mucho más común que la cualitativa, hasta el punto de ofrecer un balance del 86% frente al 14% en el caso de *JoHC*. Abunda, por tanto, lo empírico, pero no lo experimental que, según *HC*, era común en los artículos que le eran remitidos en los primeros años del decenio de los noventa, pero ya no.

Por cerrar este epígrafe volviendo al principio. La investigación en comunicación y salud está dominada —de forma aplastante, se podría decir— por autores estadounidenses o que ejercen su labor en universidades o instituciones de aquel país. Así, más del 80% de los artículos de *JoHC* corresponden a un primer autor asentado en Estados Unidos. El resto se reparten entre Inglaterra, Canadá, Australia, Finlandia y Suecia. Tan sólo 9 artículos de los 321 editados corresponden a lo que esta revista conceptualiza como países en vías de desarrollo: cinco han sido enviados desde naciones africanas, uno desde India, otro desde Jamaica, otro desde Pakistán y otro desde México.

Efectivamente, sólo uno de 321 artículos tiene como autor principal a un investigador que trabaja en un país iberoamericano. Es muy destacable, sin embargo, desde la perspectiva española apuntar un error que se ha colado en la evaluación realizado por *JoHC*. El

profesor español Juan José Igartua fue el autor principal de un artículo sobre modos de prevenir el VIH que fue publicado en el número de noviembre-diciembre de 2003.

A pesar del error, que de ser puntual no significa nada invalidante para el conjunto de los datos, se ratifica la decepcionante conclusión acerca de la prácticamente nula presencia iberoamericana en la investigación con más prestigio, y esta afirmación nos permite enlazar con el siguiente punto del artículo.

#### LA SITUACIÓN EN ESPAÑA

La principal dificultad a la hora de definir un mapa de la investigación sobre comunicación y salud en España radica en la ausencia de una publicación de referencia donde se puedan encontrar artículos destacados en cuyas conclusiones y citas bibliográficas basar una revisión sistemática de la literatura científica realizada por autores españoles. Si esto es un inconveniente, no lo es menos la ausencia de compilaciones, manuales, metanálisis u otros tipos de iniciativas de información agregada que dediquen su atención de forma monográfica al asunto que nos ocupa, desde una mirada científica o investigadora. Sí es digno de destacar, no obstante, el creciente interés por organizar foros de debate académicos o extracadémicos en los que abordar las relaciones entre comunicación y salud.

Teniendo esto en cuenta no cabe otra salida que diseñar un método para identificar dónde se pueden encontrar en España abordajes del binomio comunicación y salud desde un punto de vista investigador. Se ha diseñado un método en cinco pasos que finaliza con la consecución de un mapa de la investigación en España en comunicación y salud. Por motivos de espacio y de tiempo, este artículo abordará solamente el primero de ellos. Queda pendiente, por tanto, una revisión más completa que podrá ser emprendida en siguientes iniciativas académicas. A continuación un breve apunte del método:

1. Determinar aquellas instituciones ligadas a la comunicación cuyo nombre aparece relacionado con aspectos de salud y aquéllas del ámbito de la salud que han mostrado un interés por la comunicación.
2. Recopilar el mayor número posible de autores que intervienen en cada una de las iniciativas.
3. Realizar una búsqueda de su obra (a través de Internet y de las referencias cruzadas de un primer grupo de artículos) y seleccionar, más allá de su pura presencia en foros de debate sobre comunicación y salud, a quienes han dirigido su mirada al asunto desde un punto de vista científico.
4. Realizada esa selección, se deberá profundizar en las publicaciones de las personas seleccionadas para identificar temas, propuestas, líneas y métodos.
5. Agrupar de una manera coherente las aportaciones hasta dibujar un mapa del estado del arte en la investigación de comunicación y salud en España.

El primero de los pasos, decíamos, era identificar foros, instituciones y grupos de trabajo que abordasen desde un punto de vista investigador o teórico las relaciones entre comunicación y salud. Ésta es la lista:

- El **Observatorio Comunicación y Salud**, que depende del Instituto de Comunicación (InCom) de la Universidad Autónoma de Barcelona. En su página web<sup>2</sup> se pueden encontrar múltiples recursos y podría afirmarse que es la iniciativa más estructurada de las que hasta el momento se llevan a cabo en España.
- Los **Cursos de Comunicación y Salud** anuales que impulsan el Ayuntamiento de Madrid (a través de Madrid Salud), la Universidad Complutense de Madrid (a través del Departamento de Comunicación Audiovisual y Publicidad II de la Facultad de Ciencias de la Información) y la Fundación Abbott. En mayo de 2007 se realiza la tercera edición y cada convocatoria conlleva la publicación de un libro con ponencias y otras colaboraciones.
- El **Seminario Comunicación y Salud** que se realiza cada año (4.<sup>a</sup> edición en 2006-2007) a lo largo del curso académico en la Universidad de Navarra, con la colaboración de la farmacéutica Novartis y del Instituto Novartis de Comunicación en Biomedicina.
- La **Asociación Nacional de Informadores de Salud (ANIS)**, cuya labor docente y formativa destaca desde hace años en diferentes formatos, desde cursos cortos hasta el tradicional “Curso de Especialización en Información de la Salud”, de tres meses de duración y dos sesiones semanales, que se vio interrumpido en 2006 cuando iba a celebrarse su décima edición, pero que se retomó en 2007.
- El **“Informe Quiral”**, un proyecto conjunto de la Fundación Vila Casas y la Universidad Pompeu Fabra de Barcelona, que desde 1996 estudia y clasifica de manera sistemática las noticias de salud publicadas en *El País*, *El Mundo*, *ABC*, *La Vanguardia* y *El Periódico de Cataluña*. A partir de esa información realiza un informe anual de análisis y tendencias<sup>3</sup>.
- El **Máster en Periodismo Sanitario**, que realizan la Universidad Complutense de Madrid (a través de la Facultad de Medicina) y la Fundación de Educación para la Salud con el apoyo de la Fundación Schering España. Consta de 2 años y de 530 horas lectivas y celebró su primera edición en 2005-2007.
- La Mesa de Salud que ha introducido el **Foro Iberoamericano sobre Estrategias de Comunicación (FISEC)** en su IV Encuentro celebrado en Granada en septiembre de 2006. La revista científica de FISEC se puede encontrar *on line*<sup>4</sup> y es de acceso gratuito.

2. <http://www.portalcomunicacion.com/ocs/esp/index.asp>

3. <http://www.fundacionvilacasas.com/informequiralc.htm>

4. <http://www.fisec-estrategias.com.ar/>

- El Grupo de Trabajo sobre Comunicación y Salud de la **Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria** (fundado en 1985), con una fuerte implantación e incluso con activas ramas en las comunidades autónomas.

Una de las cuestiones que se puede adelantar del siguiente paso metodológico es que los autores que han abordado el campo de la comunicación y la salud normalmente no cierran su actividad a uno solo de estos foros identificados. Normalmente contribuyen en más de uno y su presencia se hace evidente en otras instituciones, eventos e iniciativas que, de una forma tangencial o puntual, prestan o han prestado atención a las relaciones entre comunicación y salud. Quizá una excepción a esta regla sea el, aquí ya citado, profesor Juan José Igartua, de la Universidad de Salamanca.

### 3. LA APORTACIÓN DE MADRID SALUD

En octubre de 2006, se formó en el seno de Madrid Salud el organismo autónomo que agrupa todas las competencias en materia de salud pública y adicciones del Ayuntamiento de Madrid, el Grupo de Trabajo en Comunicación y Salud de Madrid Salud. Lo integran dos médicos, Francisco Babín y María Puerto; dos psicólogos, Miguel Costa y Dionisio Aranda; y un comunicador, el autor de este artículo.

Aprovechando la experiencia de los miembros en diferentes aspectos ligados con la comunicación y la salud, y teniendo como objetivo un planteamiento de investigación aplicada, el Grupo de Trabajo comenzó en 2007 dos caminos diferentes pero complementarios. Por un lado, abordará un estudio empírico, con grupo de control, de las implicaciones de la formación de los médicos en habilidades comunicativas y su eventual relación con la satisfacción de los pacientes. Este primer trabajo se pretende complementar con otro más ambicioso, que plantee como hipótesis, no ya la correlación de las habilidades comunicativas de los profesionales sanitarios con la satisfacción del usuario, sino con la adherencia a los programas de salud y, por ende, con el estado de salud de los pacientes.

En el mismo campo de las relaciones interpersonales, el Grupo de Trabajo tiene un proyecto de investigación de aquellos aspectos comunicativos que pueden hacer triunfar o fracasar los cambios de actitudes y de comportamiento necesarios para que muchas personas hagan de su vida un transitar más saludable.

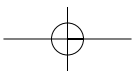
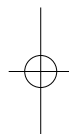
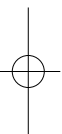
La comunicación colectiva o de masas también será objeto de investigación. Inspirándose en el “Informe Quiral”, se analizarán los contenidos de las noticias de salud de los periódicos gratuitos de Madrid (*Qué, 20 Minutos, Metro y ADN*) y de las páginas de la sección de Madrid de 4 diarios nacionales (*El País, El Mundo, ABC y La Razón*). Este trabajo, que se llevará a cabo con el Departamento de Comunicación Audiovisual y Publicidad II de la Universidad Complutense de Madrid como socio, pretende convertirse en una referencia que, con el paso de los años, pueda servir para el interesante reto de analizar tendencias.

El Grupo de Trabajo es consciente de que, con el análisis de contenidos de las noticias de salud de los periódicos mencionados como base, se pueden plantear en el futuro numerosas investigaciones que aborden aspectos concretos de la relación entre la comunicación colectiva mediática y la salud. Por tanto, este esfuerzo investigador naciente se pone desde ahora mismo a disposición de la comunidad científica. Por lo que respecta al Grupo de Trabajo de Comunicación y Salud de Madrid Salud, los primeros intereses giran alrededor de la comunicación de riesgos y de crisis, y de la convalidación de las teorías de la *agenda setting* y del *framing* en el ámbito geográfico de la ciudad de Madrid y en los asuntos relacionados con la salud.

Para terminar este artículo, tan sólo quedaría abogar por una pronta iniciativa que afronte la necesidad de comenzar la edición de una revista científica sobre comunicación y salud en castellano para el espacio iberoamericano. Una publicación amparada por una universidad, revisada por pares, que contase entre sus expertos con personas de reconocido prestigio científico y que en el futuro pudiera convertirse en el lugar donde acudir a la hora de establecer ese mapa de la investigación en comunicación y salud en español que este artículo deja pendiente para próximos empeños.

## BIBLIOGRAFÍA

- BECK, Christina S. y cols. (2004): "Enacting 'health communication': the field of health communication as constructed through publication in scholarly journals". *Health Communication*, Vol. XVI, 4, pp. 475-492.
- CLÈRIES, X: "La comunicación, clave en la formación médica", en *Diario Médico*, 5-I-2007, p. 7.
- EVANS, W. (2005): "Bibliography". *Health Communication*. Vol. XVII, 1, pp. 105-113.
- FLÓREZ LOZANO, J. A.: "Las habilidades de comunicación del médico en la praxis clínica actual". *Diario Médico*, 16-XI-2006, p. 44.
- FREIMUTH, V. S. y cols. (2006): "A Descriptive Analysis of 10 Years of Research Published in the *Journal of Health Communication*". *Journal of Health Communication*. Vol. XI, 1, pp. 11-21.
- IGARTUA, J. J. y cols. (2003): "To think or not to think: two pathways towards persuasion by short films on AIDS prevention". *Journal of Health Communication*. Vol. VIII, 6, pp. 513-528.
- JACKSON, L. D. y DUFFY, B. K. (1998): *Health Communication Research. A Guide to Developments and Directions*, Wesport: Greenwood Press, pp. IX-XIV.
- MARTÍNEZ, Y. (2003): *Propuesta de un modelo responsable de información sanitaria. Estudio del caso de la encefalopatía esponjiforme bovina (EBB o "mal de las vacas locas")*. Madrid, Tesis doctoral. Servicio de Publicaciones de la UCM.
- THOMPSON, T. L. (2006): "Seventy-Five (Count 'Em 75) Issues of *Health Communication*: An Analysis of Emerging Themes". *Health Communication*. Vol. XX, 2, pp. 117-123.



# Modelo de análisis de la usabilidad en sitios web de hospitales universitarios españoles

SALVADOR DOBLAS ARREBOLA

## INTRODUCCIÓN

Los hospitales tienen en Internet un medio que ofrece inmensas posibilidades para comunicarse con sus públicos. Es una herramienta que puede resultar muy útil siempre que se utilice de una forma adecuada, teniendo en cuenta sus posibilidades y la gran variedad de públicos a los que puede llegar.

La gran evolución que se está viviendo en la velocidad y en la capacidad de transmitir y recibir información está haciendo de los sitios web un recurso obligado para mantener informados a los diferentes públicos de los hospitales sobre los más variados aspectos: información general, teléfonos, servicios, etc.

En Internet se admite una gran variedad de contenidos y una gran cantidad de información y, por supuesto, ningún otro medio puede ofrecer su interacción, ni su eficacia en la comunicación bidireccional, ni la inmediatez; sus posibilidades parecen casi ilimitadas.

Las ventajas que Internet presenta para los centros sanitarios son las siguientes, que es un medio interactivo, es decir, el receptor actúa sobre la página web, se mueve, selecciona los contenidos que más le interesan, etc.; la comunicación es bidireccional ya que el emisor ofrece unos contenidos y permite que el receptor le conteste directamente; notoriedad al permitir la utilización de todas las herramientas de comunicación empleadas en otros medios; grandes posibilidades creativas por la gran cantidad de elementos que es posible emplear en su diseño; además, el visitante puede guardar o imprimir esa información para volver sobre ella cuando la necesite; permite elaborar mensajes personalizados; ofrece la posibilidad de seleccionar los contenidos que el usuario desea recibir; es un medio que permite ampliar la información.

Pero también es un medio con algunos inconvenientes importantes, de entre los cuales podemos destacar: el ancho de banda y los equipos utilizados, aunque ésta es una limitación que va perdiendo importancia día a día, el peso de los elementos utilizados que dificulta el acceso a determinadas informaciones; y, por último, la falta de experiencia en comunicación por parte de muchos de los desarrolladores de proyectos.

## 1. OBJETIVOS

Con el avance de las nuevas tecnologías un gran número de hospitales del país evidencian la necesidad de tener una mayor presencia en la red para no quedar al margen del empleo de sitios web, los que gracias a las características propias de este medio favorecen tanto el poder cubrir las necesidades internas como dirigirse a sus públicos para satisfacer las demandas que éstos presentan en aspectos como facilidad de uso, acceso, etc.

Por ello, en muchos hospitales nacionales e internacionales está proliferando cada vez mas la creación de espacios web en Internet, en algunos casos, por la imperante necesidad de comunicación de las empresas, públicas y/o privadas y, en otros, porque Internet se ha convertido en un medio de masas, y en el caso concreto de los sitios web de hospitales, son cada vez más visitados.

Un problema existente en muchos casos es que estos sitios web son realizados por personal poco profesional, sin tener en cuenta cómo se transmite la información y cuáles son los criterios de calidad exigidos.

El objetivo general para la presente investigación es diseñar un proceso de evaluación mediante un test heurístico para asignar una puntuación a la usabilidad de los sitios web en los diferentes hospitales universitarios en España.

## 2. METODOLOGÍA

Para la realización de este análisis sobre la usabilidad de los sitios web en los hospitales universitarios españoles se han seguido los siguientes pasos:

1. Hospitales universitarios con presencia en la web (Fuente: *Diario Médico*). Número de camas hospitales universitarios (Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo).
2. Muestra.
3. Concepto de usabilidad.
4. Evaluación heurística de la usabilidad.

### SELECCIÓN DE SITIOS WEB DE HOSPITALES UNIVERSITARIOS CON PRESENCIA EN INTERNET Y NÚMERO DE CAMAS

Se efectuó la determinación de la muestra de hospitales con sitio web, que se obtuvo a partir de los datos del catálogo de hospitales de *Diario Médico* ([http://www.diariomedico.com/edicion/diario\\_medico/inicio/es/](http://www.diariomedico.com/edicion/diario_medico/inicio/es/)) y el número de camas del catálogo de hospitales del Ministerio de Sanidad y Consumo (<http://www.msc.es>).

Tomando como base la información poblacional, se ha realizado un muestreo aleatorio de hospitales públicos por provincias, siendo la variable de control de dicho muestreo que “el hospital fuera universitario público y que dispusiera de página web”, del mismo modo que el objetivo final de la muestra representase a un gran número de camas del conjunto de hospitales universitarios del territorio nacional. El tamaño de la muestra objeto de análisis ha sido de 15 hospitales universitarios obtenidos de entre un universo de 27 hospitales universitarios nacionales existentes.

Más adelante, en las tablas 1 y 2, se muestran los hospitales analizados por Comunidad Autónoma, así como el número de camas hospitalarias de que disponen.

#### MUESTRA

1. Amplitud del universo: 27 hospitales universitarios españoles.
2. Nivel de confianza adoptado: entre  $-2$  sigma y  $+2$  sigma  $\sigma$  95,5% de probabilidad. Indica que existe un 95,5% de probabilidad de que los resultados obtenidos en la muestra sean válidos para el universo (riesgo del 4,5).
3. Error de estimación permitido: 6%.
4. La proporción  $p=q=50\%$ .
5. Ausencia de desviación en la elección de los elementos de la muestra. Ha sido seleccionado por medio de un muestro aleatorio o al azar, es decir, rigurosamente probabilístico.

Para un universo de 27 hospitales universitarios en España, el tamaño de la muestra viene dado por la siguiente fórmula general:

$$n = \frac{pqN\sigma^2}{E^2(n-1) + \sigma^2pq}$$

N= número de elementos del universo

n=número de elementos de la muestra

$\sigma$ =nivel de confianza elegido (2 sigmas)

p=% estimado, y  $q=100-p$

E= error de estimación permitido

Para calcular el tamaño de la muestra para este estudio, primero elegimos el error máximo usualmente permitido que es del 6% (0,06), y tomando  $p=q=0,5$  ya que no nos estamos basando en estudios anteriores. Para un nivel de confianza de 95,5%, es decir de 2, la fórmula queda simplificada de la siguiente forma:

$$n = \frac{0,5 * 0,5 * N * 4}{(0,06)^2 (N-1) + 4 * 0,5 * 0,5}$$

$$n = \frac{N}{0,0036(N-1) + 1}$$

El tamaño de la población es de 27 (N=27); sustituyendo este valor tenemos:

$$n = \frac{27}{0,0036^2(219)+1} \qquad n = \frac{27}{0,7884+1}$$

$$n = \frac{27}{1,7884} \qquad n = 15,09$$

Los criterios para la elección de los centros hospitalarios fueron los siguientes:

1. Ser un hospital “universitario”, por la similitud de las características.
2. Tamaño mediano-grande por su número de camas, por la representatividad de la muestra.
3. La página de entrada a la web no debe ser un servicio del hospital.
4. Distribución territorial, la Comunidad Autónoma por la representatividad de la muestra.
5. Titularidad pública; se han desestimado los hospitales y clínicas privadas y hospitales públicos no universitarios.

Los hospitales analizados representan un 16,01% de las camas públicas, siendo, en términos absolutos, 17,058 camas públicas de las 106.471 que constituyen el total nacional, siendo la media de la muestra de 1.137 camas.

De los 15 hospitales universitarios públicos, nueve superan el millar de camas, cinco están entre 500-1.000 y tan sólo uno queda por debajo de 500 camas.

Cumpliendo el criterio de representación geográfica, se incluyen 11 comunidades autónomas. La selección incorpora centros que representan a una amplia variedad geográfica, que se corresponde en buena medida a los principales núcleos y CC. AA. por población.

Estas 11 comunidades comprenden un total de 17.058 camas, lo cual representa el 16,01% del total de camas de los hospitales españoles durante el año 2004.

La mayor parte de los hospitales universitarios actuales son de tamaño medio o grande.

Los 15 hospitales universitarios seleccionados radican en 11 CC. AA. (Andalucía, Aragón, Baleares, Cantabria, Castilla La Mancha, Cataluña, Valencia, Extremadura, Galicia, Madrid y País Vasco).

**TABLA 1: HOSPITALES UNIVERSITARIOS CON PRESENCIA EN LA RED (FUENTE: *DIARIO MÉDICO*) N.º CAMAS Y TOTAL POR COMUNIDAD AUTÓNOMA**

<b>CC. AA.</b>	<b>Hospitales Universitarios</b>	<b>Camas</b>
Andalucía	1. Reina Sofía <a href="http://www.hospitalreinasofia.org/">http://www.hospitalreinasofia.org/</a>	1.402
	2. Carlos Haya <a href="http://www.carloshaya.net/">http://www.carloshaya.net/</a>	1.216
	3. Virgen de las Nieves <a href="http://www.hospitalvirgendelasnieves.org/">http://www.hospitalvirgendelasnieves.org/</a>	700
Aragón	4. Miguel Servet <a href="http://www.hmservet.org">http://www.hmservet.org</a>	1.214
Baleares	5. Son Dureta <a href="http://www.hsd.es/">http://www.hsd.es/</a>	910
Cantabria	6. Marqués de Valdecilla <a href="http://www.humv.es/nportal/default/">http://www.humv.es/nportal/default/</a>	1.135
Castilla-La Mancha	7. De Guadalajara <a href="http://www.hugu.es/index1024.htm">http://www.hugu.es/index1024.htm</a>	410
Cataluña	8. Vall d' Hebron <a href="http://www.vhebron.es/">http://www.vhebron.es/</a>	1.393
	9. Arnau de Vilanova <a href="http://www.arnau.scs.es/">http://www.arnau.scs.es/</a>	958
Comunidad Valenciana	10. La Fe <a href="http://www2.san.gva.es/hlafe/">http://www2.san.gva.es/hlafe/</a>	2.179
Galicia	11. Juan Canalejo <a href="http://www.canalejo.org/">http://www.canalejo.org/</a>	1.402
Madrid	12. 12 de Octubre <a href="http://www.h12o.es/">http://www.h12o.es/</a>	1.421
	13. Ramón y Cajal <a href="http://www.hrc.es/">http://www.hrc.es/</a>	1.196
	14. De la Princesa <a href="http://www.hup.es/">http://www.hup.es/</a>	554
País Vasco	15. De Cruces <a href="http://www.hospitalcruces.com/">http://www.hospitalcruces.com/</a>	968
	<b>Total camas</b>	<b>17.058</b>

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo.

Además, la muestra del estudio incluye sitios de referencia generales en el ámbito hospitalario, como son los sitios web del Hospital Universitario Reina Sofía, Hospital Universitario Carlos Haya, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Hospital Universitario 12 de Octubre y Hospital Universitario Vall d'Ebron.

La tabla 1 recoge el listado de hospitales universitarios nacionales por comunidades autónomas con presencia en la red y el número de camas por hospital y comunidad.

### 3. CONCEPTO DE USABILIDAD

La *usabilidad*, anglicismo que significa 'facilidad de uso', como indican Bevan, Kirakowski, y Maissel (1991).

Muchos autores han propuesto diversas definiciones de *usabilidad*, normalmente a través de la enumeración de los diferentes atributos o factores mediante los que puede ser evaluada, dependiendo finalmente cada definición del enfoque con el que pretende ser medida (Folmer, Bosch, 2003).

Para este trabajo tomaremos la definición más extendida, que es la ofrecida por la International Organization for Standardization (ISO), y que define usabilidad como el "grado de eficacia, eficiencia y satisfacción con la que usuarios específicos pueden lograr objetivos específicos, en contextos de uso específicos" (ISO 9241-11, 1998).

Como se indica en la definición, la usabilidad de una aplicación debe ser entendida siempre en relación con la forma y condiciones de uso por parte de sus usuarios, así como con las características y necesidades propias de estos usuarios. Un diseño no es en sí mismo usable: "lo es para usuarios específicos en contextos de uso específicos".

Pretender que una aplicación web sea usable independientemente de quién y cómo la use se corresponde más con una visión o enfoque universalista de la usabilidad (en ocasiones necesaria), que con una visión realista y práctica. Esto es debido a que normalmente toda aplicación se diseña con la intención de satisfacer las necesidades de una audiencia concreta y determinada, por lo que será más usable cuanto más adaptado esté su diseño a esta audiencia específica y, por tanto, menos lo esté para el resto de personas.

### 4. EVALUACIÓN HEURÍSTICA DE LA USABILIDAD

Según Jakob Nielsen, la evaluación heurística es "el nombre genérico de un grupo de métodos basados en evaluadores expertos que inspeccionan o examinan aspectos relacionados con la usabilidad de una interfaz de usuario" (Nielsen, 1994a).

La evaluación heurística de hospitales universitarios españoles está basada en la observación de la coherencia en la presentación de la información, la visualización y cohe-

rencia de las acciones e interacción con el sistema, los métodos de entrada/salida de información, el respeto por la ergonomía y los factores humanos.

Para ello se ha empleado la siguiente metodología, diseñando una plantilla propia para la aplicación a los sitios web de la muestra seleccionada anteriormente, que son los mínimos exigibles considerados por el investigador para este tipo de centros.

---

#### FICHA DE ANÁLISIS DE LA WEB DEL HOSPITAL

---

##### INFORMACIÓN GENERAL

- 1.1: Plano de situación.
- 1.2: Número de camas.
- 1.3: Mapa web.
- 1.4: Misión empresarial.
- 1.5: Derechos y deberes.
- 1.6: Organigrama.
- 1.7: Imágenes del hospital.
- 1.8: Centro de servicios informáticos.
- 1.9: Salud laboral o política de calidad.
- 1.10: Aula infantil.
- 1.11: Noticias.
- 1.12: Informe de actividad.
- 1.13: Atención religiosa.

##### TIPOLOGIAS DE ENLACES

- 4.1: Consejerías.
- 4.2: Otros departamentos.
- 4.3: Otros hospitales de la zona.
- 4.4: Hospitales de otras zonas.
- 4.5: Asociaciones profesionales.
- 4.6: ONG.
- 4.7: Donantes.
- 4.8: Trabajo social.
- 4.9: Bases de datos.
- 4.10: Portales.
- 4.11: Diario médico.
- 4.12: Otros periódicos o informativos.
- 4.13: BD. Documentales: *Medline*.

---

##### INFORMACIÓN ESPECIALIDADES

- 2.1: Directorio médico.
- 2.2: Contacto teléfono.
- 2.3: Contacto *e-mail*.
- 2.4: Datos básicos (esp.).
- 2.5: Contacto con el servicio.
- 2.6: Nombre y cargo.
- 2.7: N.º especialidades.
- 2.8: Hospitalarias.
- 2.9: Consultas externas.

---

##### COMUNICACIÓN

- 5.1: Directorio de teléfonos.
- 5.2: Petición o cambio de cita.
- 5.3: Contacto vía *e-mail*.
- 5.4: N.º de teléfono de información.
- 5.5: Tiempo teléfono de información.

---

##### ACTIVIDADES

- 3.1: Prevención.
- 3.2: Diagnóstico.
- 3.3: Tratamiento.
- 3.4: Formación: Cursos.
- 3.5: Registro *on line* formación.
- 3.6: Inf. Líneas de investigación.
- 3.7: Documentos y publicaciones *on line*.

---

##### INVESTIGACIÓN

- 6.1: Fundación.
- 6.2: Unidad de Investigación

---

##### OTROS DATOS

- 7.1: Indica *webmaster*.
  - 7.2: N.º visitantes
  - 7.3: Recomienda explorador y res.
  - 7.4: Actualización.
  - 7.5: Acreditación.
  - 7.5: Página de entrada.
  - 7.6: Multilingüe.
  - 7.7: Desarrollo propio.
-

Con la *usabilidad* estudiamos el sistema interactivo que mejor responde a las tareas que se van a realizar. En el caso de los sitios de hospitales universitarios un elemento fundamental es la interfaz; si la interfaz falla, falla todo. La solución está en ser capaces de crear una experiencia única y positiva; de esta manera, conseguiremos fidelizar a nuestros usuarios para convertirlos posteriormente en fieles usuarios. Por eso es tan importante hacer un estudio de *usabilidad*.

Un estudio previo de la audiencia implica reducir costes de producción finales y reducir una inversión posterior en modificaciones. La calidad final y su competitividad es mayor si predomina un enfoque centrado en el usuario.

## 5. RESULTADOS

El plano de situación, que sirve para indicar al usuario cómo llegar al centro, lo tienen en su web un 73,3%. En otros centros no está en la página de inicio y sí en la de recursos humanos, por ejemplo, el Hospital Carlos Haya.

La información del número de camas de que dispone cada centro hospitalario la tienen un 60%. Algunos hospitales importantes como el Reina Sofía y el Carlos Haya no poseen el dato del n.º de camas. Sí figuran estos datos en la opción de la memoria anual de la institución.

El mapa de la web supone un 26,6% de la muestra estudiada de los centros, un porcentaje poco elevado para la utilidad que ofrece al usuario de la web.

Del total de 15 hospitales universitarios, son 11 centros los que incluyen información acerca de la misión empresarial y 11 los que presentan la carta de derecho y obligaciones.

Es importante destacar que tan sólo ocho centros ofrecen información sobre el organigrama de la institución y cinco presentan una galería de imágenes del centro. Además, siete hospitales destacan en sus respectivas páginas la importancia de la existencia de una política de calidad, tanto para el bien del personal que trabaja en el centro, como para enfermos y familiares.

En lo que se refiere al idioma, no hay muchos centros con sitios multilingüe; solamente 4 ofrecen otro tipo de idioma diferente del castellano, algunos incluso contemplan el catalán, como son el Hospital Arnau de Villanova y el Vall d'Ebron. Además, encontramos un hospital cuya página se encuentra en castellano e inglés y otro que muestra la información en castellano, inglés y catalán (Hospital Vall d'Hebrón), aunque la gran mayoría sólo presenta la información en castellano.

A pesar de haberse producido un incremento de los centros que incluyen información sobre las especialidades y la forma de contacto con cada una de ellas (vía *e-mail* o contacto telefónico), continúa habiendo bastantes webs hospitalarias que no hacen referencia a este tipo de información. De los 15 hospitales analizados hay contacto vía *e-mail* y telefónica en cinco centros.

Otro aspecto relevante es que en cuanto a la información sobre actividad docente, investigación, congresos y conferencias sigue habiendo muy pocas webs hospitalarias que permitan inscribirse en cursos a través de la web, o que permitan visualizar documentos y publicaciones en la red.

Referente a los enlaces que permiten las webs de los hospitales, siguen predominando los *links* a otros centros hospitalarios e instituciones sanitarias. Sin embargo, se ha experimentado un aumento de las webs con enlaces relacionados con el trabajo social y las donaciones de todo tipo.

Los resultados obtenidos en la categoría de comunicación, hay un mayor número de páginas que incluyen contacto vía *e-mail* y que presentan un directorio telefónico. El número de hospitales que permiten la petición de cita por Internet ha sido uno, lo que demuestra que todavía hay dificultades por parte de la Administración sanitaria en el avance tecnológico de los hospitales universitarios.

La categoría de investigación se vislumbra el aumento de otro modelo de financiar la investigación, como es cada vez más la formación de fundaciones que se encargan de conseguir presupuesto para seguir financiando la investigación en los hospitales.

En el apartado de otros datos, tres indican la posibilidad de contactar con el *web master*; igualmente en la web de un centro figura el número de visitantes, además seis son en los que figuran la actualización, cuentan con pagina de entrada cinco, entre ellos el Hospital Carlos Haya y el Vall d'Hebron. También indican la autoría del desarrollo del sitio web ocho de la veintena de centros hospitalarios.

De los 15 sitios analizados sólo uno se encontraba acreditado por un organismo de acreditación independiente.

Podemos resumir que según el estudio realizado de usabilidad, podemos indicar mediante la tabla 2 el lugar que ocupan los centros que son más usables.

En información general, los ítems que obtienen mayor porcentaje son “mapa web” con un 80%, seguido de “plano de situación” e “informe de actividad”. “Aula infantil” y “atención religiosa” ocupan los últimos puestos.

En información de especialidades, la información más relevante la ocupa el “número de especialidades” y “directorios médicos”; las que menor porcentaje presentan son “especialidades hospitalarias” y “consultas externas”.

Para el bloque de actividades, la formación mediante cursos e información de las líneas de investigación son las que presentan mayor porcentaje. Las que menor, el registro *on line* de la formación y documentos y publicaciones *on line*.

Por orden conceptual, las tipologías de enlaces se encuentran las consejerías, las asociaciones profesionales y los portales. “Trabajo social” y “Diario médico” son las que presentan menor porcentaje en los sitios web. Hay que destacar la presencia de ONG y donantes.

En cuanto a comunicación, el contacto vía *e-mail* presenta el 100%, es decir, es la única opción de la web de todos los bloques que presenta su totalidad de centros; le siguen los directorios médicos y el número de teléfono de información.

TABLA 2: RESULTADOS DE ANÁLISIS HEURÍSTICOS DE HOSPITALES UNIVERSITARIOS

CLASIFICACIÓN DE SITIOS WEB POR USABILIDAD		
N.º	Sitio	Usabilidad
2	HU CARLOS HAYA	1
1	HU REINA SOFÍA	2
8	HU VALL D'EBRON	3
5	HU SON DURETA	4
9	HU ARNAU DE VILANOVA	5
13	HU RAMÓN Y CAJAL	6
3	HU VIRGEN NIEVES	7
6	HU MARQUÉS DE VALDECILLA	8
10	HU LA FE	9
12	HU 12 DE OCTUBRE	10
14	HU DE LA PRINCESA	11
15	HU DE CRUCES	12
11	HU JUAN CANALEJO	13
4	HU MIGUEL SERVET	14
7	HU DE GUADALAJARA	15

En investigación es aún mayor el número de centros que tienen unidades de investigación frente a la nueva modalidad para gestionar la investigación de los hospitales como son las Fundaciones.

En otro datos, la información que más se refleja es la recomendación de explorador y resolución con un 33,33%, seguido de actualización y curiosamente la posibilidad de emplear diferentes lenguas idiomáticas.

Como hemos comentado en otras ocasiones, se evidencia que no hay una unidad de criterios en cuanto al peso que cada una de las opciones tiene en la elaboración de contenidos de los sitios web de hospitales universitarios.

Tampoco se ve una correspondencia uniforme en cuanto a que un sitio web deba ser más usable, si es más accesible, lo que nos obliga a pensar que la hipótesis de partida se cumple con el presente trabajo de investigación, ya que, como hemos podido observar, cada hospital tiene unos criterios diferentes a la hora de elaborar unos contenidos para un público objetivo muy concreto, como son, por un lado, los pacientes y usuarios de los servicios que ofrecen estos hospitales y, por otro, con el personal trabajador que también se nutre de información de la web de su centro.

En la tabla 3 se han relacionado qué tipo de ítems del estudio por bloques de información en la web han obtenido mayor porcentaje, en la que se encuentra la investigación en siete centros considerado como el más importante de los contenidos, seguido de la información general (3), información especialidades (2), actividades (1), tipología de enlaces (1), comunicación que es la que en ningún centro es considerada como importante.

**TABLA 3: RANKING DE BLOQUES CON MÁS IMPORTANCIA DE LOS HOSPITALES UNIVERSITARIOS**

Bloques analizados	Información general	Información especialidades	Actividades	Tipología enlaces	Comunicación	Investigación	Otros datos
<i>Ranking</i>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>6</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>1</b>	<b>7</b>

**TABLA 4: ÍTEMS CON MAYOR PORCENTAJE DE LOS BLOQUES POR HOSPITALES**

<b>Reina Sofía</b> - Información general	85%
<b>Carlos Haya</b> - Información de especialidades	89%
<b>Virgen de las Nieves</b> - Información general	77%
<b>Miguel Servet</b> - Investigación	50%
<b>Son Dureta</b> - Información de especialidades	89%
<b>Marqués de Valdecilla</b> - Actividades	86%
<b>De Guadalajara</b> - Investigación	50%
<b>Vall d' Hebron</b> - Tipología de enlaces	92%
<b>Arnau de Vilanova</b> - Investigación	100%
<b>Juan Canalejo</b> - Investigación	50%
<b>12 de Octubre</b> - Información general	85%
<b>Ramón y Cajal</b> - Investigación	100%
<b>De la Princesa</b> - Tipología de enlaces	77%
<b>De Cruces</b> - Investigación	100%
<b>La Fe</b> - Investigación	100%

En la tabla 4 podemos ver esta misma clasificación detallada por centros hospitalarios, en donde se indica en cada hospital cuál de los ítems estudiados es el que ha predominado con mayor puntuación, es decir, la importancia que cada uno de los hospitales universitarios le ha dado a los diferentes tipos de contenidos de sus sitios web.

## 6. CONCLUSIONES

En la mayoría de los hospitales los sitios web son realizados por personal poco profesional, sin tener en cuenta cómo se transmite la información y cuáles son los criterios de calidad exigidos. Como he podido demostrar en el estudio, ningún centro sanitario le ha concedido al contenido de comunicación la importancia que tiene para la comunicación con sus públicos.

Uno de los principales problemas que plantean las webs de hospitales es la dificultad para valorar en términos de calidad el contenido de los sitios, debido a su estructura variable, como hemos podido comprobar en el estudio, y la falta de voluntad de los directivos de estos centros para unificar criterios.

Los portales web de hospitales universitarios españoles aún no han desarrollado servicios que van más allá de la información, como realización de gestiones *on line* tanto para el público como para el personal que trabaja. Como hemos podido comprobar en el estudio, tan sólo en un centro se podía efectuar el registro de formación de curso *on line*.

Hay que conseguir un diseño para todos, sobre todo para los discapacitados ya que, como resultado del estudio, ningún hospital tiene en cuenta las pautas de usabilidad para este tipo de personas, y aun siendo un lugar que trata del restablecimiento de la salud, no tiene en cuenta a parte de su público objetivo.

La finalidad de la web debe responder a los retos de comunicar, informar y divulgar.

La comunicación es un elemento esencial en los sitios web de hospitales y sus usuarios y la fidelización debería estar entre los principales objetivos.

Que los contenidos jueguen un papel muy importante en Internet, y además sirvan de apoyo a servicios específicos o estén orientados a un conocimiento mejor de la institución (webs corporativas).

El presente trabajo de investigación me ha llevado al convencimiento de que hay que seguir investigando en este campo para llegar a una de las premisas más importantes del presente trabajo: apostar por la accesibilidad, usabilidad y calidad para todos los ciudadanos.

## 8. BIBLIOGRAFÍA

BEVAN, N., KIRAKOWSKI, J. y MAISSEL, J. (1991): *What is Usability?* Proceedings of the 4th International Conference on HCI, Stuttgart, Septiembre 1991. Elsevier.

FOLMER, E. y BOSCH, J. (2004): "Architecting for usability: a survey". En: *Journal of Systems and Software*. Febrero 2004, v. 70, n. 1-2. pp. 61-78.

ISO 9241-11 (1998): *Ergonomic requirements for office work with visual display terminals (VDT)s - Part 11 Guidance on usability*, 1998.

NIELSEN, J. (1994a): *Ten Usability Heuristics*. Disponible en: [http://www.useit.com/papers/heuristic/heuristic\\_list.html](http://www.useit.com/papers/heuristic/heuristic_list.html).

— (1994b): *Guerrilla HCI: Using Discount Usability Engineering to Penetrate the Intimidation Barrier*. Disponible en: [http://www.useit.com/papers/guerrilla\\_hci.html](http://www.useit.com/papers/guerrilla_hci.html).

## El impacto de la forma de vida actual en nuestra grafía

ELISA LÓPEZ GÓMEZ

A pesar de que vivimos en el llamado “Estado del Bienestar”, nuestro modo de vida actual es complejo, difícil y duro de sobrellevar día a día, lo que ha hecho que surjan enfermedades prácticamente inexistentes antaño como el estrés, la ansiedad, la depresión, la anorexia, la bulimia... Pero no sólo esto, sino que esa forma de vida ha afectado en la evolución de aspectos más internos y trascendentales en nuestro comportamiento habitual, en aspectos como nuestros ideales, nuestras creencias, nuestro egoísmo y egocentrismo y en numerosos factores que impactan en nuestro devenir diario.

Todos estos factores afectan más de lo que nosotros creemos, no sólo a nuestro interior, sino a manifestaciones externas y, más concretamente, a nuestra escritura. Es decir, nuestra grafía se ve afectada y modificada por ello, no sólo a nivel individual, sino colectivamente. La Grafología identifica estos aspectos en los grafismos de nuestra escritura.

Pero, ¿qué es la Grafología? La Grafología estudia en las particularidades de la grafía personal las equivalencias mímicas y simbólicas que representan. Este estudio sirve para un conocimiento profundo de la persona.

La escritura es un impulso eléctrico en el cerebro. La mano y la pluma equivaldrían al terminal de un electroscopio y los trazos a sus señales angulares. Es decir, quien realmente escribe es nuestro cerebro y la mano sólo es el soporte a través del cual se proyecta lo que él nos dicta. Es por ello por lo que, si en algún momento existe una dificultad o impedimento para utilizar la mano, podríamos coger el útil, por ejemplo un lápiz, con la boca o con el pie y, eso sí, quizá con mayor torpeza, pero seguiríamos reflejando todos nuestros rasgos gráficos básicos.

La escritura es un acto a través del cual nos proyectamos. Es un medio de comunicación. Al igual que el lenguaje, nos permite entrar en relación con otras personas, pero a la vez, se impregna de todo aquello que nos influye desde el exterior en nuestra forma de ser.

A continuación vamos a plasmar en qué aspectos reseñables de nuestra escritura se manifiestan aspectos importantes de nuestra forma y estilo de vida actual.

## 1. EL REFLEJO DE ENFERMEDADES PROPIAS DEL S. XXI EN LA ESCRITURA

### EL ESTRÉS

Desde hace 20 años, muchos estudios han considerado la relación entre el estrés de trabajo y una variedad de enfermedades. Alteraciones de humor y de sueño, estómago revuelto, dolor de cabeza y relaciones alteradas con familia y amigos son síntomas de problemas relacionados con el estrés que se ven comúnmente reflejados en estas investigaciones. El estrés es el mal más generalizado en las grandes ciudades y una de las consecuencias más claras que refleja nuestro organismo como respuesta a nuestro modo de vida actual. Cuando lo padecemos nos puede producir desasosiego, inquietud, insomnio, nos cuesta retener en nuestra memoria las cosas...

Se produce en nosotros, por tanto, cierta inestabilidad emocional como aspecto generalizado e, incluso a nivel físico, podemos tener temblores en el brazo que pueden dificultar la fluidez de nuestros trazos a la hora de escribir. Todo ello se ve reflejado de forma clara en nuestra escritura, pudiendo resaltar los siguientes rasgos como principales a tener en cuenta:

- Trazo no continuado, es decir, con paradas o espasmos.
- Torsiones en las letras, es decir, estremecimiento de las mismas.
- Borriones y tachones porque rectificamos esos rasgos que aparecen y que no son realmente como nosotros estamos acostumbrados a hacerlos.
- Hiperemotividad, lo que se plasma en un vaivén de letras, es decir, en una inclinación variable, perceptible como excesiva, de las letras que forman la palabra o de las palabras dentro de una frase.

### LA ANSIEDAD

Una manifestación importante de la ansiedad es la angustia. Cuando la persona se siente angustiada puede ser por muchas razones, por ejemplo, por una toma de decisión sobresaliente en su vida. Sin embargo, nos interesa resaltar aquellos estados producidos por las vivencias actuales como pueden ser el denominado *mobbing* en el trabajo, es decir, el acoso psicológico al que una persona se puede ver sometida por alguien de su entorno laboral. O también un estado prolongado de desempleo. O, por ejemplo, el momento de declive en el que un profesional siente la necesidad de cambiar de empresa y que puede afectar a su estado anímico.

Pues bien, esa angustia se refleja por lo que los grafólogos llamamos “pasillos” o “chimeneas” y se trata de huecos en blanco que se producen en, como mínimo, tres renglones seguidos, pero, como norma general, suele reflejarse en la escritura una separación entre

palabras superior a lo normal y que, visto desde cualquier ojo, aunque sea profano en la materia, es percibido con facilidad como una separación anormal, exagerada.

## LA DEPRESIÓN

Existen varios tipos de trastornos depresivos. Los tres más comunes son: depresión severa, la distimia y el trastorno bipolar. La depresión severa se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. La distimia es un tipo de depresión menos grave que incluye síntomas crónicos (a largo plazo) que no incapacitan tanto, pero que, sin embargo, interfieren en el funcionamiento y el bienestar de la persona. El trastorno bipolar es el también llamado enfermedad maniaco-depresiva. Se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión).

Existen muchos síntomas de la depresión, pero los más característicos son: estado de ánimo triste, ansioso o “vacío” en forma persistente, sentimientos de desesperanza y pesimismo, disminución de energía, fatiga, agotamiento e incluso pensamientos de muerte o suicidio. Pero, ¿cómo se reflejan en nuestros rasgos gráficos?

Las personas que sufren depresión o tienen una predisposición a sufrirla, no olvidemos que con la Grafología se pueden detectar con una antelación mínima de 6 meses, suelen mostrar grafías con renglones descendentes, finales de palabras o letras caídos y, principalmente, su firma desciende, es decir, el recorrido que se realiza de izquierda a derecha es descendente o el final cae. Con respecto a rasgos suicidas, se deben tener diferentes variables en cuenta, pero es significativo un rasgo final largo descendente en vertical.

Es importante señalar en este punto que la Grafología puede detectar la predisposición natural de una persona a sufrir una depresión, pero también va a ser imprescindible el entorno y las circunstancias en las que viva, para que ésta se ponga de manifiesto. Si, por ejemplo, el entorno presiona al individuo o se produce una pérdida traumática de un ser querido, existe más probabilidad de que estos rasgos salgan a la luz que si la persona no se siente sometida a situaciones críticas.

## LA ANOREXIA Y LA BULIMIA NERVIOSAS

En los últimos años, una nueva epidemia se va extendiendo entre las sociedades más desarrolladas y afecta sobre todo a adolescentes, se trata de una obsesión moderna por la perfección del cuerpo, es la nueva “epidemia del culto al cuerpo”, lo que ha provocado que surjan enfermedades como la anorexia, la bulimia, la vigorexia... Todos estos trastornos comparten varios síntomas en común: desear una imagen corporal perfecta y distorsionar la realidad frente al espejo.

Nos centraremos principalmente en la anorexia y la bulimia nerviosas.

La anorexia nerviosa es una enfermedad mental que consiste en una pérdida de peso derivada de un intenso temor a la obesidad y conseguida por la propia persona que enferma a través de una serie de conductas negativas.

La bulimia nerviosa es un trastorno mental que se caracteriza por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos en un corto espacio de tiempo en forma de “atracones” y una preocupación exagerada por el control del peso corporal que lleva a la persona afectada a adoptar conductas inadecuadas y peligrosas para su salud.

Ambas se caracterizan por una autoimagen distorsionada de sí mismos, no gustándoles su aspecto físico (odio hacia uno mismo), a la vez que hay grandes sentimientos de culpabilidad por los comportamientos que se tienen, así como cambios en el carácter: depresión, tristeza, irritabilidad, insomnio, etc.

Veamos cómo se reflejan estos aspectos en los rasgos gráficos.

El odio hacia uno mismo y no gustarse, así como los sentimientos de culpabilidad, se reflejan principalmente en el hecho de tachar de manera obsesiva su firma. Es decir, se ensañan poniendo trazos excesivos sobre su firma, lo que puede llegar a parecer que la rúbrica es muy complicada, pero la realidad es que buscan eliminarse a sí mismos tal como son, les gustaría que desapareciera quienes son en realidad, lo que viene reflejado habitualmente por su nombre y/o apellidos.

Por otro lado, la depresión, la tristeza, se ven reflejados, tal como hemos mencionado con anterioridad, en renglones descendentes, finales de palabras o letras caídos y, como rasgo más destacable y grave, el descenso de la inclinación de la firma, es decir, que la firma finalice en un nivel inferior al que ha comenzado.

La irritabilidad provoca inestabilidad en la escritura, mucha movilidad y falta de control provocando variabilidad en la inclinación, explosiones del tamaño de las letras como consecuencia del mal genio. Además, aparecen puntas, rasgos puntiagudos en las letras como síntoma de crispación.

## 2. EL REFLEJO DE FORMAS DE SER INDIVIDUALES Y COLECTIVAS PROPIAS DEL SIGLO XXI EN LA ESCRITURA

### FALTA DE IDEALES EN LA JUVENTUD Y UN MAYOR GRADO DE EGOCENTRISMO

Las generaciones posteriores a los años setenta han nacido y se han ido desarrollando en una sociedad cada vez más evolucionada, en la que se han producido cambios radicales en nuestra forma de vida. La sociedad del bienestar ha facilitado en gran medida el hecho de que a nuestros hijos “no les falte de nada”, que todo sea fácil para ellos. Por otro lado, el hecho de que tanto el padre como la madre trabajen fuera de casa y pasen menos tiempo del deseado con sus hijos ha generado cierto sentimiento de culpabilidad en los progenitores que se tra-

duce en una tolerancia en ocasiones excesiva por parte de los mismos, así como, también en ocasiones, en un egoísmo manipulador por parte del niño hacia con los mayores.

Todos estos aspectos se han visto plasmados en la grafía individual y colectiva, de tal manera que hoy en día es muy habitual detectar esa falta de ideales, ese egoísmo y ese egocentrismo de los más jóvenes.

Desde el punto de vista grafológico, existe un claro predominio del “yo”, la persona está centrada en sí misma y sólo le importa su bienestar, su pensamiento gira en torno a lo que le atañe a él directamente, no apreciándose preocupaciones ni inquietudes por aquello que ocurre a su alrededor mientras no interfiera en su mundo personal. Estas características se plasman en un mayor peso de la parte central de la escritura, lo que los grafólogos llamamos el “cuerpo central”.

Por otro lado, también existe una falta de ideales que se traduce en una escasez o disminución de los rasgos proyectados en la parte superior de las letras, por ejemplo, el bucle superior de una *l* o de una *d*. Esta falta de ideales puede tener muchos enfoques, entre otros, la falta de valores por los que luchar o incluso el menor peso que hoy día tiene la religión y la moral en la formación de los más jóvenes.

#### FALTA DE AMBICIÓN

La falta de ideales mencionada con anterioridad también impacta en este punto, pero, principalmente, las generaciones más recientes muestran una falta de ambición y de aspiraciones. Es muy probable que esto sea la consecuencia de las grandes dificultades a las que se tienen que enfrentar en materia de empleo o de acceso a una vivienda.

Esta falta de ambición se constata, básicamente, en una falta de ascenso en la firma del individuo, en una tendencia a la horizontalidad y a estar satisfecho con lo que se ha conseguido hasta ese momento en la vida, a pesar de que ésta esté sólo en sus inicios.

#### FALTA DE JERARQUÍA EN EL ESTABLECIMIENTO DE VALORES

Por último, y muy ligado a los dos puntos anteriores, tenemos que mencionar la proliferación de rasgos que están directamente relacionados con una falta de jerarquía en el establecimiento de los valores, es decir, existe un criterio arbitrario personal del individuo frente a valores sociales reconocidos como éticos o morales.

Actualmente se está transmitiendo, principalmente en televisión, la cultura del “todo vale” si con ello se consigue lo que uno persigue, independientemente de que sea lícito o ilícito. La cultura del “pelotazo” ha sido una consecuencia de ello en los últimos años. O, por ejemplo, una infidelidad puede estar más justificada o no está tan mal vista como antaño.

Pues bien, estos rasgos son actualmente mucho más evidentes en nuestras caligrafías y se reflejan, principalmente, en la mezcla de mayúsculas y minúsculas. Es decir, en un escrito realizado en minúsculas, aparecen arbitrariamente letras en mayúsculas en medio de las palabras.

#### VUELTA A CONCEDER UNA MAYOR IMPORTANCIA AL PLANO PERSONAL Y FAMILIAR FRENTE AL PROFESIONAL

Es realmente reciente, a inicios del nuevo milenio, cuando más se está generalizando y dando valor a los enfoques encaminados a buscar la compatibilidad de la vida familiar y laboral. Cada vez son más las empresas que se suman a las iniciativas novedosas que permiten llevarlo a cabo, siendo constatable el impacto positivo que tiene en las organizaciones; incluso ya hay certificaciones de “Empresas Familiarmente Responsables”. Con seguridad, esta tendencia será mucho mayor dentro de diez años.

Por otro lado, cada vez es más habitual en los procesos de selección encontrar candidatos, principalmente de niveles directivos o mandos intermedios, que prefieren sacrificar incluso parte de su sueldo si la nueva empresa le ofrece la oportunidad, no sólo de un nuevo proyecto, sino de mantener un mayor equilibrio del que hasta ahora han vivido en lo referente a su vida personal y profesional.

Pues bien, de nuevo todo esto se va reflejando en la escritura, principalmente en la firma. En las firmas se reflejan, entre muchas otras cosas, nuestro plano personal y el profesional y, por supuesto, la importancia que concedemos a cada uno de ellos.

Recientemente, empieza a verse la tendencia de ese mayor peso de la vida personal o como mínimo, el equilibrio entre ambas. Es más, en personas con edades superiores a los 45 años, ha habido una evolución de su firma de manera inconsciente hacia ese conceder gran importancia al plano familiar o íntimo. Esta tendencia parece que se está empezando a dar tanto en mujeres como en hombres, aunque quizá a día de hoy todavía se refleje en mayor grado en las primeras.

Para concluir, queremos hacer hincapié en que en estas líneas sólo hemos querido sensibilizar hacia el impacto que nuestra forma de vida tiene en aspectos exteriores que pasan tan desapercibidos como nuestra propia escritura, pero que realmente están mucho más interiorizados de lo que nos podemos imaginar, no sólo de forma individual, sino a nivel social, de manera colectiva. Pero lo importante en sí son precisamente estos comportamientos generados.

También es muy importante señalar que los rasgos gráficos mencionados no tienen valor por sí solos, sino que es necesario interpretarlos conjuntamente con otros muchos que se reflejan en el marco general de un estudio grafológico. Este conjunto de datos es algo tan rico como la propia complejidad de la personalidad humana.

## BIBLIOGRAFÍA

SIMÓN, J. J.: *El gran libro de la Grafología*. Ed. Martínez Roca.

—: *Grafología fácil*. Colección Bolsitemas. Ed. Temas de Hoy.

VELS, A.: *Escritura y Personalidad. Las bases científicas de la grafología*. Ed. Herder.

VELS, A.: *Diccionario de Grafología*. Ed. Herder.

XANDRÓ, M.: *Grafología para todos*. Ed. Paraninfo.

—: *Grafología Superior*. Ed. Herder.

## II. MEDIOS DE COMUNICACIÓN Y SALUD

# La salud de la información

JOSÉ MANUEL GONZÁLEZ HUESA

En la sociedad del siglo XXI se producen situaciones que muchas veces no sabemos explicar. Actuamos en función de lo que otros consideran que tiene importancia y en estos momentos, que apenas tenemos tiempo para sopesar una decisión, nos dejamos llevar por lo que otros deciden por nosotros.

Si hace unas semanas hubiéramos realizado una encuesta sobre las células madre, apenas unas cuantas personas nos habrían explicado de qué estamos hablando. Si hoy cambiamos la pregunta y volvemos a interrogar a las mismas personas sobre la noticia del envío de las células madre de un cordón umbilical de la hija de los Príncipes de Asturias a un centro de Estados Unidos, seguro que ya conocen algo más de lo que estamos hablando.

¿Por qué un hecho es noticia y otro no? ¿Por qué estamos empeñados en que todo lo negativo y morboso tiene que llamar la atención de la gente? ¿No puede ser noticia también lo positivo, lo interesante, lo novedoso? ¿Por qué no puede ser noticia el compromiso de los ciudadanos con su sociedad?

En España, desde la transición democrática hasta nuestros días, los medios de comunicación hemos asistido a una dicotomía entre la actualidad política y la situación económica del país. Política y economía han marcado, y en gran medida todavía siguen marcando, la agenda y la atención de los medios hasta el punto de marginar las cuestiones sociales a la categoría de género menor, a menudo revestida del tinte marginal, cuando no acompañada o centrada en el hecho luctuoso. Esta realidad afortunadamente ha ido cambiando a medida que se afianzaba la sociedad del bienestar.

Pero hasta hace bien poco, en los medios de comunicación lo social era la realidad fea que no gustaba contar, porque era el reflejo de nuestras miserias, y toda esa información, a menudo deformada, se agrupaba en un cajón de sastre que no se sabía muy bien de qué se componía, que se denominaba “sección de sociedad”.

Si comparamos el espacio informativo que los medios de comunicación dedican al tratamiento de estos temas, aun estando en una positiva evolución, podemos llegar a la conclusión de que sigue existiendo una grave distorsión entre la presencia de estas informaciones en los medios y la importancia real que tienen para el conjunto de la ciudadanía.

Es cierto también que durante mucho tiempo la comunicación en esta materia se ha confundido con la propaganda al servicio de intereses corporativos o personales. Cuando un Ministerio, una Consejería o una institución privada aprueba un determinado proyecto, tiene la obligación de informar a la opinión pública sobre las expectativas que ofrecen y sobre el repertorio de soluciones que se ponen a disposición de la colectividad. Pero al mismo tiempo, tiene que ser consciente de que una opinión pública informada y sensibilizada sobre los recursos destinados a solucionar problemas será un instrumento permanente para vigilar el cumplimiento de los programas financiados.

Este concepto tan vinculado a la imagen o al *marketing* genera a menudo una corriente contraria a su tratamiento. Quienes así opinan sostienen la idea de que no es lícito ni legítimo abordar la prestación de estos servicios bajo el prisma de la propaganda o la imagen, porque equivale a instrumentalizar la satisfacción de derechos básicos de los ciudadanos.

Más que de imagen, se requiere la mera comunicación y divulgación de los requisitos y derechos a recibir dichas prestaciones. En el lado opuesto, se sitúa otra corriente de opinión convencida de que la divulgación de los servicios incentiva su eficacia, su ampliación y su progreso. El ciudadano es hoy un gran consumidor y es evidente que el ejercicio de este derecho origina cada vez una mayor demanda de nuevas prestaciones.

Desde el lado de los profesionales de la comunicación que ejercen en esta materia, es probable que se consideren periodistas o comunicadores todos aquellos que se ocupan de cuestiones esenciales dentro de la política social, tales como la sanidad.

Pero esta consideración no quedaría completa si no hiciera referencia a los profesionales que desde las organizaciones que prestan servicios tienen la responsabilidad de emitir mensajes dirigidos a los medios de comunicación. Quizá esas personas sean las verdaderas especialistas. No creo que sea descabellado decir que existe un mayor número de profesionales dedicados a la comunicación sobre estas cuestiones en las organizaciones, generando información sobre estos temas, que periodistas especializados en esas mismas cuestiones en los medios de comunicación.

Esta situación tan paradójica tiene, sin embargo, la ventaja de que gracias al impulso que le dan estos profesionales a este tipo de información, los medios de comunicación van paulatinamente ocupándose cada vez más de informaciones que interesan y preocupan a la opinión pública. Éste es un ejemplo del papel que juegan los medios de comunicación. En un primer paso, dan a conocer actuaciones concretas. En un segundo paso, crean un estado de opinión favorable que a su vez revierte en una sociedad más solidaria.

Los medios de comunicación tienen una gran responsabilidad y un deber de colaborar en la construcción de una sociedad más justa e igualitaria, dándoles voz a todos los actores sociales, escuchando y transmitiendo, proponiendo soluciones a los problemas actuales y a los desafíos del futuro.

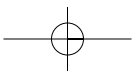
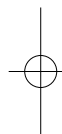
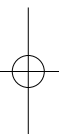
Precisamente, una de las pautas que siguen los gestores es la oportunidad de medir la sensibilización social de cada una de las propuestas o actuaciones. El mecanismo más efi-

caz para conseguir el objetivo de la igualdad de oportunidades es sin duda la sensibilización de la comunidad y de la opinión pública. De ahí la importancia de la comunicación. Si la sociedad tiene conciencia de sus propias limitaciones, si tiene la información puntual, estará en mejores condiciones de exigir mayores presupuestos y programas más eficaces, e influirá más decisivamente en los interlocutores políticos y sociales para que asuman políticas más ambiciosas.

Cualquier actividad o programa debería ir acompañado de una adecuada planificación de la sensibilización por razones elementales de eficacia y de rentabilidad. Para conseguir llegar adecuadamente a la sociedad y trasladar esa imagen de motivación, éstos deben ser conscientes de la necesidad que tienen de abordar compromisos tan importantes como el de mejorar la imagen desde una perspectiva ética y socialmente acorde con sus causas, o el de tener capacidad de evaluar críticamente el uso que hacen de la comunicación.

Los medios tienen una importancia destacada a la hora de ejercer de instrumentos necesarios e insustituibles para la integración social. Y además, tienen una importancia sobresaliente en la proyección hacia la sociedad de estas materias. Son, en este sentido, una herramienta esencial, por varias razones. Principalmente, porque ayudan a sensibilizar a la sociedad con el fin de lograr una mayor colaboración en función de los principios y causas sociales. También porque ayudan a la formación de la conciencia, que tanta importancia tiene como una realidad imparables en la formación de una sociedad más solidaria. Igualmente, porque contribuyen a la movilización convenciendo de la necesidad de participación de la sociedad civil como un objetivo estratégico, lo que redundará a su vez en una mayor credibilidad. Por último, porque mejoran el nivel de representatividad ante la sociedad de las entidades públicas o privadas, lo que tiene un importante reflejo en las vías de financiación de los programas en los que actúan.

Me parece muy oportuna esta publicación porque entre todos debemos ser capaces de dar a conocer a la sociedad una imagen nítida de nuestras motivaciones y en esto los medios de comunicación podemos jugar un papel relevante. Este tipo de información no tiene límites, sólo nuestra capacidad de comunicarla y de convencer a los demás. Los temas sociales sí interesan.



# La información sobre la salud en la prensa general

SERGIO ALONSO

El pesimismo, que muchos mostrábamos como estudiantes de Periodismo, con respecto a la posibilidad de encontrar un puesto de trabajo en el saturado mercado laboral de la comunicación puede vencerse siempre con esfuerzo y, a la larga, el que emplea tiempo en su formación y lucha con denuedo puede alcanzar la meta que se proponía. Cuando yo estudiaba pensaba que encontrar empleo en un medio de comunicación era una utopía. Y pensaba que si llegaba a obtenerlo, acabaría recalando en secciones clásicas de los diarios escritos o de los informativos de radio y de televisión como, por ejemplo, nacional, cultura, internacional, deportes. Me equivoqué en ambas cosas.

Hice prácticas, trabajé en dos gabinetes de comunicación, fui becario en la radio, colaboré en dos periódicos nacionales y el envío de un currículum me hizo llegar finalmente a *Diario Médico*, una de las publicaciones especializadas más prestigiosas de la prensa nacional. Recuerdo que cuando me preguntaron que qué sabía de sanidad, les dije que mi único conocimiento consistía en que la ministra era, por aquel entonces, Ángeles Amador. Pese a todo, me cogieron. Allí estuve tres años y, además de periodismo y el funcionamiento del sector, aprendí que existen campos de la actualidad en los que existe mercado, es decir, empleo, posibilidades periodísticas y, sobre todo, que hay áreas especializadas, pero de gran interés humano, a las que se presta poca atención en las facultades. Al menos, en mi época.

¿Qué representa hoy la sanidad? La sanidad tiene dos vertientes en una sociedad moderna como la actual.

1. Desde la parcela política, hay que decir que afecta a un gran número de agentes:
  - Políticos: diputados, senadores, parlamentarios de Asambleas autonómicas, Ayuntamientos.
  - Autonomías: de cada 100 euros que gasta una comunidad, cualquiera que sea, 50 van destinados a prestar asistencia sanitaria a sus ciudadanos.
  - Profesionales: médicos —si hablamos sólo de médicos de familia podemos cifrarlos en cerca de 30.000—, enfermeras, farmacéuticos, auxiliares, gerentes, etc. Por poner un ejemplo, baste decir que el Servicio Andaluz de Salud (SAS) es la “empresa” que más empleo directo e indirecto crea en toda Andalucía.

- Empresas: laboratorios farmacéuticos, distribuidores de medicinas, fabricantes de productos hospitalarios que no son medicamentos.
- Pacientes. Todos los españoles pasan indefectiblemente por un centro sanitario, sea público o privado.

Es decir, el número de agentes generadores y receptores de la información sanitaria es inmenso.

2. La Sanidad tiene la vertiente de Salud, las enfermedades, la forma de prevenirlas, los avances científicos y, sobre todo, la calidad de vida. Es una vertiente cuya importancia se ha disparado de diez años a esta parte como consecuencia del envejecimiento que ha experimentado la población española, el índice de bienestar que ha alcanzado y el deseo de la gente de vivir lo que se llama una vejez saludable.

Cuando estaba en *Diario Médico* recibí una interesante oferta laboral de un nuevo periódico que entonces se ponía en marcha. Era *La Razón*, una aventura a la que pocos daban crédito y que ha logrado el milagro de convertirse en un medio de referencia en la prensa general española, ocho años después de lanzarse al mercado. Y *La Razón* vio claro, con sus sucesivos directores, que la Salud era un área que nos podía diferenciar claramente de la competencia, porque pensábamos que no era tratada con la suficiente extensión en los medios generales. Bajo esta premisa, dedicamos un amplio espacio a la llamada “política sanitaria” dentro de la sección de Sociedad, e informamos puntualmente de las actuaciones de los dirigentes de cada momento: José Manuel Romay primero; Celia Villalobos después; Ana Pastor más tarde; y Elena Salgado ahora. Además, pusimos en marcha un suplemento de vanguardia, *A tu Salud*, que sacamos los domingos, con al menos 32 páginas dedicadas a informar sobre salud y formas de vida sana. Hoy puedo decir con orgullo que el esfuerzo semanal de todo el equipo que lo conforma ha convertido el suplemento en el gran éxito del periódico y en uno de los mayores hitos de la prensa nacional.

Quisiera exponer brevemente, antes de terminar, cómo distribuimos la información sanitaria en el periódico.

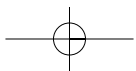
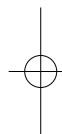
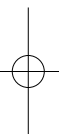
1. Como ya he dicho, el suplemento *A tu salud* da amplia cabida semanalmente a reportajes sobre patologías, avances científicos, informaciones terapéuticas y noticias relacionadas con la vida sana que no tienen cabida, o la tienen sólo superficialmente, en el diario.
2. En el diario, la información sobre salud es muy variada y tiene generalmente cabida en la sección de sociedad. En ella, informamos puntualmente de:
  - Las iniciativas políticas: medicamentazos, listas de espera, negligencias médicas, huelgas que afecten a los pacientes, proyectos con implicaciones éticas como el uso de embriones con fines de investigación, eutanasia, etc.
  - Noticias profesionales: reformas laborales que afecten, por ejemplo, a los estudiantes de Medicina, los médicos o las enfermeras; elecciones a los Colegios de médicos y de farmacéuticos, etc.

- Situación de los hospitales: si carecen de especialistas, si sus urgencias están o no saturadas.
- Avances científicos divulgados en revistas especializadas de primer nivel como *Nature*, *Science*, *The Lancet* o *The New England Journal of Medicine*.
- Y lo que yo llamo “noticias colaterales”: acuerdos de financiación sanitaria, leyes sociales con trascendencia en la salud como la de dependencia, etc.

¿Y cómo informamos? Lo hacemos bajo las siguientes premisas:

1. Procuramos ofrecer una información contrastada: contamos para ello con un amplio panel de expertos a los que consultamos cada vez que se produce una información en alguna de las áreas en las que son especialistas.
2. Recogemos la información de todas las partes afectadas para que sus opiniones queden reflejadas.
3. Intentamos no despertar falsas expectativas en los enfermos, informando de los avances médicos que se producen, pero exponiendo al mismo tiempo sus limitaciones.
4. Informamos para todos los públicos: usamos para ello un lenguaje fácil y llano, que permita a cualquier tipo de lector, sea sanitario o no, enterarse de lo que se le informa. Esto requiere emplear una traducción y un estilo de hacer periodismo basado en premisas como:
  - Párrafos cortos.
  - Traducción de los términos especializados y complejos a otros más comprensibles.
  - Buenas ilustraciones que permitan al lector enterarse de la noticia sin necesidad de leerla.
  - Opiniones de los mejores expertos sobre la materia de la que informamos.
  - Informaciones divulgativas que nunca den por hecho lo que el lector puede ignorar.
  - Despiece explicativos sobre asuntos que requieren información adicional.

Bajo estas claves realiza *La Razón* su trabajo diario en un área informativa aún insuficientemente explotada como es la Salud.



# Influencia de los medios de comunicación en la salud de la población

JESÚS SÁNCHEZ MARTOS

“La salud es demasiado importante  
como para dejarla únicamente  
en manos de los médicos”

VOLTAIRE (1694-1778)

## INTRODUCCIÓN

Hoy nadie duda del poder que los diferentes medios de comunicación social, como medios de masas, ejercen sobre la población en cuestiones tan importantes para la convivencia social como la decisión de voto en unas elecciones políticas o bien para llegar a consumir un producto determinado en un momento específico. Para confirmar tal aseveración basta con analizar lo que acontece diariamente en lo que se conoce como “tertulias políticas”, tanto en la radio como en la televisión, o los artículos de opinión que se publican en los diferentes periódicos. Ante una noticia en particular, bien puede parecer tras este sencillo análisis al que todos tenemos un fácil acceso, que estemos viviendo en países totalmente diferentes dependiendo del medio de comunicación de que se trate, y eso que seguimos defendiendo la independencia de los medios, algo que debe ser garantizado en todo caso por nuestra propia Constitución.

Pero también es cierto que si los jóvenes sobre todo, aunque también los que ya no lo somos tanto, visten de una forma especial y con unas marcas determinadas, es como consecuencia de la publicidad, cada vez más creativa y más cara, al tiempo que más cercana a nuestros deseos como ciudadanos consumidores. Hoy se sabe que el *zapping*, que se ha convertido en verdadero deporte nacional y doméstico, actúa en contra de los objetivos de la publicidad, sencillamente porque todos tratamos de huir de su inquisidora presencia. Y, precisamente por eso, los anunciantes aparecen dentro de los propios programas de radio y televisión, como si de un verdadero atrezo dentro del decorado se tratara, haciendo del *product placement* un obligado concurso para influir en nuestra decisión final sobre el producto que vamos a consumir, ya sea un coche, ropa, calzado o bien ese yogurt que nos asegura una figura, que desde luego nunca vamos a conseguir por mucho que lo tomemos.

Pero al final la publicidad, en este caso, consigue sus verdaderos objetivos: influir en una decisión personal que desde luego puede modificar nuestra vida en muchos aspectos. Y si esto no fuera realidad, ¿por qué las grandes marcas pagan cantidades tan importantes para que los protagonistas de una serie de gran audiencia consuma tal o cual producto,

o para que los galácticos deportistas de fama vistan una determinada marca de ropa o de calzado?

Y si todo lo dicho es cierto, que lo es, y los medios de comunicación social influyen de forma directa e indirecta en la decisión de voto de muchos ciudadanos y en el consumo de determinados productos, ¿no será también posible que puedan influir en nuestra personal y colectiva salud? Sinceramente creo que esta hipótesis, que hace años pudiera formularse como tal, hoy es una verdadera realidad a la que todos, sin excepción, hemos de prestar una especial atención. Pero, sobre todo, los profesionales sanitarios y los de los medios de comunicación social, sin olvidar, como es lógico, a los políticos, que son los que tienen que garantizar a todos un buen nivel de salud, aspectos que ya se encargan de prometer en todos sus programas electorales, sobre todo desde que se sabe que la salud es el bien máspreciado por todos, especialmente cuando desaparece.

Sin embargo, todavía parece que hay demasiados escépticos en este sentido, al menos a tenor de lo que sucede en los medios de comunicación y en los pocos programas de salud que podemos encontrar en sus parrillas de programación que cuentan con el patrocinio de las instituciones sanitarias, que son las que en definitiva deben contribuir con sus esfuerzos y sus presupuestos a garantizar esa “salud para todos”, que tanto preconizara la propia OMS para el año 2000 y que ahora, y tras el análisis de sus resultados, parece que pospone para el próximo 2020. Y, de seguir así las cosas, tampoco llegará a cumplir sus objetivos.

## 1. LAS SALUDY LA ENFERMEDAD EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Desde que en mayo de 1981 el catedrático de Física Jesús Sancho Rof, a la sazón ministro de Sanidad, afirmara de forma tan poco afortunada y rigurosa como categórica, que el tristemente famoso “síndrome tóxico por el aceite de colza” se debía al micoplasma pneumoniae, refiriéndose a él como “un bichito tan pequeño que si se cae de la mesa se mata”, la salud, o mejor dicho la enfermedad, ha ocupado un espacio muy importante en los diferentes medios de comunicación, incluyéndose en principio dentro del cajón de sastre denominado como “sociedad” y protagonizando ahora incluso varias páginas en los modernos “suplementos de salud”, que en muchas ocasiones no son otra cosa que el “resumen” de los resúmenes o *abstract* de las revistas médicas de mayor prestigio, donde se publican trabajos de investigación que se encuentran en el proceso más importante de su desarrollo: la discusión en los foros de investigación internacionalmente autorizados.

Sin embargo, los medios nos presentan sus conclusiones como definitivas en todo caso, aunque luego y con el paso del tiempo las cosas cambien de rumbo y, por tanto, de apreciación, no sólo por parte de los médicos, sino también de los propios medios y de la población general, consumidora en definitiva de ellos.

Desde entonces hasta ahora, la salud y especialmente la enfermedad han ocupado y ocupan una gran parte de los contenidos de los informativos de la radio y la televisión y se

convierten en las protagonistas de programas específicos aunque, a decir verdad, todavía no lo hacen en los horarios de máxima audiencia. Por otra parte, en los últimos diez años hemos podido comprobar que la cifra de los *cibernautas*, que ya se mide en miles de millones de usuarios, se ha multiplicado de forma logarítmica, cuando de búsquedas de salud y enfermedad se trata, y en la mayoría de las ocasiones con contenidos nada rigurosos y con frecuencia demasiados peligrosos para la salud.

Dos son los aspectos que hemos de tener en cuenta ahora que vivimos en el siglo de las comunicaciones, en el que, con un solo movimiento de una mano, podemos contactar con cualquier parte del mundo gracias a los avances de la tecnología de la comunicación. Por una parte la “medicina basada en la evidencia” ha demostrado en innumerables ocasiones el papel que juega la educación para la salud en los hábitos de vida de la población y, por ende, en la salud pública. Y, por otra, hoy nadie discute que los medios de comunicación social constituyen ese “cuarto poder” que ha conseguido incluso derrocar a grandes gobiernos, y que desde luego puede influir en los hábitos de vida de la población, del mismo modo que lo hace sobre su intención de voto o sobre el producto que ha de consumir.

Pero aceptando estas aseveraciones, también hemos de aceptar que ni los profesionales sanitarios tienen una formación adecuada en comunicación, ni los periodistas entienden de salud, lo que obliga a estos dos sectores profesionales a entenderse y a trabajar unidos, si realmente se quiere conseguir que los ideales de salud, esos que todos queremos alcanzar para lograr vivir más años y sobre todo disfrutarlos, puedan llegar hasta su población diana que, desde luego, está compuesta por la totalidad de los ciudadanos.

## 2. LA SANIDAD Y LA SALUD EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

¿Sanidad o Salud? He ahí la cuestión. Dos vocablos que utilizamos con tanta frecuencia todos, profesionales y ciudadanos de a pie, que pocas veces nos paramos a reflexionar sobre su significado real y sobre lo que en verdad supone tanto para nuestro desarrollo profesional, como para la consecución de nuestros nobles objetivos como profesionales de la salud: curar a veces, aliviar con frecuencia y consolar siempre.

Si nos ceñimos a lo que nos dice la Real Academia de la Lengua, encontramos que *sanidad*, que procede del latín *sanitas*, es la cualidad de sano o saludable o el conjunto de servicios gubernativos ordenados para preservar la salud del común de los habitantes de la nación, de una provincia o de un municipio (citado literalmente). Si nos referimos a *salud*, vocablo procedente del latín *salus*, siguiendo la misma fuente de conocimientos, es el estado en el que el organismo ejerce normalmente todas sus funciones y la libertad o bien pública o particular de cada uno.

Algo parecido, aunque no tan completo como lo que nos recuerda la OMS en su definición cuando insiste en que “la salud no sólo es la ausencia de enfermedad, sino el completo bienestar físico, psíquico y social, al tiempo que una total capacidad funcional”. Una

definición que a todas luces nos sitúa al más normal de los mortales en situación de enfermedad de por vida.

En un primer y rápido análisis observamos que *sanidad* y *salud* son y deben ser vocablos bien diferentes, pero que en la mayoría de las ocasiones, tanto ciudadanos normales como profesionales de la salud y de los medios, utilizamos como verdaderos sinónimos.

Los “profesionales sanitarios” lo somos porque pertenecemos al “Sistema Sanitario”, pero también somos “profesionales de la salud”, tanto porque pertenecemos al conocido como “Sistema Nacional de Salud”, como porque nuestro objetivo principal es mantener, fomentar y promocionar la salud de todos los ciudadanos. Éste es el principal objetivo de nuestra noble profesión.

No deja de ser curioso que el Ministerio sea de Sanidad y Consumo y no de Salud, cuando el Sistema se define como “Sistema Nacional de Salud”, aunque también se conoce como “Sistema Sanitario”. De igual modo ocurre en los Gobiernos autonómicos, que definen el estamento que debe velar por la salud de los ciudadanos como Consejerías de Sanidad, o en los Ayuntamientos, donde sus concejales son de Sanidad y no de Salud. Y digo que no deja de ser curioso, porque si nos adentramos en el Sistema, nos damos cuenta de que los Centros son de Salud y no de Sanidad, aunque en realidad lo que se dispensa en ellos sea más Sanidad que Salud. Sin embargo, los Programas lo son de Salud y no de Sanidad y las Campañas se dirigen a promocionar la Salud, como no podía ser de otro modo, y no la Sanidad.

Por otra parte, los ciudadanos y sus asociaciones reclaman siempre su “derecho a la Salud”, cuando en realidad lo que deberían defender es su “derecho a una Sanidad que les garantice una adecuada Salud”, que es lo que en realidad nos ofrece nuestro sistema sanitario, uno de los mejores de Europa. Y no quiero con ello desmerecer el “derecho a la Salud”, sino recordar que la Salud es un bien individual que todos debemos proteger y fomentar modificando nuestros propios hábitos de vida.

Vistas así las cosas, mientras que Sanidad ofrece una cobertura vacunal contra la gripe, sólo para los denominados “grupos de riesgo”, nosotros, los “profesionales de la Salud”, deberíamos aconsejar la vacunación a toda la población, aunque cada cual se tuviera que costear su propia vacuna. Mientras que Sanidad garantiza el “derecho a la mamografía” para cualquier mujer que haya cumplido los 50 ó 55 años, nosotros deberíamos recomendar esta prueba, que tanto ayuda al diagnóstico precoz del cáncer de mama, a partir de los 40, aunque cada familia tuviera que preparar un presupuesto especial en este sentido, que iría dirigido a lo que podríamos denominar “gastos de salud” o “gastos en salud”. De igual modo ocurre en otras muchas situaciones, como en el particular caso de las densitometrías para detectar precozmente una osteoporosis, por poner un solo ejemplo más.

Sinceramente creo que deberíamos reflexionar más en que Sanidad es un concepto que le corresponde desarrollar al Gobierno de turno, pero que la Salud, siendo una libertad y un bien individual, nos debe corresponsabilizar a todos, profesionales y ciudadanos en general.

Y estas diferencias son las que se echan de menos en los medios de comunicación. Si bien en los medios se habla mucho de Sanidad, lo hacen muy poco en relación a la Salud, al menos de la salud a la que me he referido en este apartado concretamente. En otras palabras, existen muchos profesionales de los medios que están entrenados para “comunicar Sanidad”, mientras que necesitan, y mucho, un entrenamiento específico en materia de Salud. De igual modo, los médicos que sabemos o hemos de saber trasladar a la opinión pública noticias de Salud necesitamos estar más formados cuando de Sanidad se trata.

### 3. ¿INFORMAR, DISTRAER Y EDUCAR?

En lo que se refiere a los medios de comunicación social, también conocidos como *mass media* o “medios de masas” por su gran cobertura y escaso poder de discriminación, hoy prácticamente nadie discute que tienen la gran capacidad de poder influir en el conocimiento de la población sobre temas de salud, a la vez que, bien utilizados, informan y sensibilizan a los individuos y colectivos sobre determinados hábitos nocivos y prácticas de riesgo que se pretenden modificar, al tiempo que pueden fomentar hábitos saludables en un sentido positivo de salud.

Éste es el gran debate que en la actualidad, y desde siempre, se abre cuando profesionales de los medios de comunicación y profesionales sanitarios se encuentran en algún foro de discusión. ¿Los medios de comunicación deben informar o educar a la población?

En la mayoría de los casos, aunque con honrosas excepciones, los profesionales de los medios insisten en que ellos tienen únicamente el deber de informar y distraer a sus audiencias, mientras que los profesionales sanitarios que nos dedicamos de uno u otro modo a la educación para la salud de la población entendemos que también tienen la obligación de educar a la población general. Y es que una cosa es el “deber” de informar, y otra muy diferente es el “poder” de educar, que sin duda tienen los medios de comunicación social.

En definitiva, los resultados como siempre dependerán de los objetivos que nos hayamos propuesto. Es por ello que, desde un punto de vista holístico, entendemos que los medios de comunicación social pueden, si quieren, influir en la modificación no sólo de conocimientos, sino también de actitudes y hábitos de la población, en este caso en materia de salud, como lo hacen, por ejemplo, en materia de consumo.

La mayoría de los estudios hacen hincapié en la importancia que la “credibilidad” de los diferentes medios de comunicación tiene a la hora de ver cumplidos sus objetivos. En este sentido, cuando se fomenta la credibilidad de aquellos “agentes de comunicación” que intervienen a través de ellos, pueden llegar a generar verdaderos “estados de opinión” que pueden favorecer o perjudicar la consecución de nuestros objetivos de salud.

En algunos casos los medios de comunicación social constituyen una verdadera ayuda para llegar a conseguir una determinada modificación de comportamiento, sin embargo los especialistas coinciden en que los cambios permanentes de actitudes y hábitos de salud

obedecen, en la mayoría de los casos, no a la recepción de un mensaje transmitido por un medio de comunicación, sino a la presencia de la presión de grupo, o del contacto directo de un agente de educación para la salud e incluso como consecuencia de una experiencia personal o de un familiar próximo, relacionada con el hábito o con la práctica determinada de que se trate en cada caso en particular.

Así, aunque los medios de comunicación social puedan reforzar de algún modo determinadas actitudes, no son tan efectivos cuando se quieren modificar aquellas que están firmemente arraigadas, lo que constituye una de sus principales limitaciones. No obstante, todos los que de un modo u otro nos dedicamos a la noble profesión de la comunicación social sabemos que en el proceso de transmisión de la información existen importantes barreras que hemos de superar.

#### 4. EL *FEED-BACK* Y LA PERCEPCIÓN

La respuesta al modo en que hemos de superar esas frecuentes barreras reside obligatoriamente en uno de los aspectos más importantes que tiene la comunicación interhumana con sus componentes verbal y no verbal: la bidireccionalidad que se debe establecer entre el emisor y el receptor y que en comunicación se conoce como *feed-back*. Esta posibilidad de doble flujo es la que establece la máxima diferencia entre la “información” y el “proceso de comunicación” al que se hace referencia cuando se habla de un verdadero “proceso educativo”, en el que el “emisor” ha de enviar un mensaje con un determinado código que ha de entender el “receptor”. De lo contrario, el “virus de la comunicación”, es decir, “la percepción”, podrá contaminar el proceso de comunicación entre uno y otro. Dicho de otro modo, la información correcta ayuda a generar en la población actitudes positivas para la salud que favorecen, a través de un proceso de enseñanza-aprendizaje basado en la comunicación bidireccional, es decir, a través de un proceso educativo, los cambios permanentes de comportamiento.

Ciertamente, el ejemplo más claro de qué es y cómo se transmite la información se encuentra en la encomiable labor diaria que desarrollan los medios de comunicación social, tanto prensa escrita, como radio y televisión, sin olvidar Internet, la “red de redes, pero sin ley”. La televisión como medio de masas por excelencia, dado su gran poder audiovisual, es también por excelencia el gran “informador”. El televidente ante este medio no tiene opción de responder al mensaje que ha recibido y trasladar sus opiniones, experiencias e interrogantes que permitan a su vez al emisor, desde el medio de comunicación, modificar ese mensaje adaptándolo e individualizándolo a las características sociales, culturales, económicas, políticas e incluso personales que hacen de cada individuo un ser único en el complejo entramado del medio ambiente social donde se desenvuelve en su vida diaria.

Y por supuesto que entendemos, al menos desde la ética de la comunicación, que no se debe aceptar como intención de fomentar ese necesario *feed-back*, el hecho de la invita-

ción a enviar SMS a través del móvil, algo que cada vez con más frecuencia se ofrece en la mayoría de programas, tanto en la televisión como en la radio, sencillamente porque gracias a esta nueva modalidad se consigue que el patrocinio de los programas corra a cargo de la fiel audiencia.

No cabe duda de que la prensa escrita o la radio tampoco escapan a este hecho. Ante un diario, una revista, un libro o un programa radiofónico diseñado de forma clásica, no existe oportunidad de comentar, preguntar o simplemente sugerir de un modo directo a sus autores; es decir, el individuo es receptor pasivo de un mensaje, de una información sin que se produzca ningún tipo de retroalimentación directa. Ésta es una de las grandes dificultades a las que han de hacer frente los medios de comunicación social, teniendo en cuenta que su población diana se convierte en “receptor pasivo” de un mensaje, al no contar con el *feedback* o retroalimentación de la comunicación bidireccional. Por ello, conviene tener en cuenta que la elaboración y transmisión de un mensaje requiere el cumplimiento de unas reglas elementales, que han de comenzar por la comprobación de la fiabilidad de la fuente de información que, por otra parte, ha de ser clara, concreta y concisa.

## 5. EL TRABAJO EN EQUIPO ENTRE SANITARIOS Y PERIODISTAS

Para conseguir que los medios de comunicación social puedan influir positivamente en el grado de salud de la población en general, se ha de trabajar en equipo multi e interdisciplinar y desde un punto de vista totalmente integrador y holístico, como defiende el “modelo integrador” de educación para la salud, que nace en la Universidad Complutense de Madrid en 1990. Así, los profesionales de la salud (médicos, enfermeros, psicólogos, fisioterapeutas, podólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, ópticos, etc.) pueden contribuir a la consecución de los objetivos de los profesionales de los medios de comunicación, y viceversa, siempre que ambos cuenten con un entrenamiento específico en este sentido.

Ciertamente, los profesionales de la salud conocen el contenido de los mensajes que necesita saber la población para adoptar una postura independiente y autorresponsable en la consecución de un adecuado nivel de salud, pero son exactamente los profesionales de la información quienes conocen los medios y las técnicas más apropiados para transmitir esos mensajes de la forma más atractiva y eficaz. Es decir, conocen el *marketing*, sus posibilidades y, sobre todo, cómo presentar la salud como una verdadera necesidad para la población general.

Cuando todo esto falla o no se tiene en cuenta, y preferimos no pensar en las luchas por las ventas y las audiencias, aparecen las consecuencias negativas de un mensaje pocas veces contrastado, mal elaborado, mal estructurado y sobre todo mal transmitido, en el que la percepción del receptor y el rumor juegan un protagonismo especial, confundiendo y en ocasiones incluso alarmando innecesariamente a la población, como ocurrió en

febrero de 1997 con la meningitis meningocócica, por poner uno de los muchos ejemplos que podemos encontrar en cualquier hemeroteca.

## 6. LAS ALARMAS SOCIALES Y LA PÉRDIDA DE CREDIBILIDAD

Algunos lo llaman “prensa amarilla” o “sensacionalista”, y en determinadas ocasiones no les falta razón. En el caso de la salud, preferimos pensar en la falta de formación o de especialización específica. Pero de todos modos, y sea como fuere, el resultado es muy similar: desconfianza, confusión, miedo, alarma social... y definitiva pérdida de la credibilidad del profesional de los medios o de la salud, o incluso de ambos. La falta de credibilidad de las autoridades sanitarias, la inexistente formación en comunicación de muchos profesionales de la salud y sobre todo la falta de rigor de la mayoría de los medios de comunicación social fueron sin lugar a duda las causas indiscutibles de la innecesaria pero cierta “alarma social” que se creó entre la población ante el incremento de los casos de meningitis tipo C en nuestro país durante este período.

Desde la Cátedra de Educación para la Salud de la Universidad Complutense de Madrid, definimos aquella enfermedad de la sociedad, durante los meses de febrero y marzo de 1997, como una “epidemia de miedo”, toda vez que el miedo fue lo que se contagió de una persona a otra a través de los diferentes medios de comunicación, fundamentalmente gracias a la conocida técnica del rumor: “cuando el río suena...”.

El agente causal en esa “epidemia de miedo” fue la “percepción” de la población receptora y el rumor del “boca a boca” de las noticias mal fundadas y pocas veces contrastadas, mal estructuradas, mal entendidas y sobre todo peor transmitidas. Los “agentes transmisores” fueron indiscutiblemente los médicos y el resto de profesionales sanitarios, pero también los periodistas y especialmente los políticos, que con su afán de protagonismo no supieron controlar una situación que realmente se les fue de las manos.

Resaltemos que si bien el tratamiento adecuado de esta “epidemia de miedo” debería haber estado fundado en una adecuada información, su prevención debería haberse centrado en una buena “educación para la salud” de la población, objetivo sin duda del trabajo en equipo de los políticos, los profesionales de la salud y de los medios de comunicación social. Sirva este caso como ejemplo a recordar, a fin de evitar en la medida de lo posible lo que tan frecuentemente ocurre en los medios de comunicación y no sólo por responsabilidad de sus profesionales, o bien para el entrenamiento de todos ante el desarrollo de un verdadero gabinete de crisis.

Otros ejemplos los constituyen los casos de gripe que cada año ayudan, en el mes de enero, a alimentar la alarma social de la población aumentando la congestión de los servicios de urgencias hospitalarios, la legionella de la Comunidad Valenciana o la Comunidad Catalana, la encefalopatía espongiforme bovina (EEB), conocida tristemente como “la crisis de las vacas locas”, la fiebre aftosa, que siendo una enfermedad que única y ex-

clusivamente afecta al ganado relegó ya a la EEB en los medios de comunicación, el lamentable caso del Bio-Bac para el tratamiento y curación del cáncer, el carbunco y la viruela, desafortunadamente recuperados de la memoria de los profesionales y de la propia población que fueron utilizados como alarmas ante un potencial ataque bioterrorista, la mal denominada “neumonía atípica” ya que, ciertamente, se trataba del síndrome agudo respiratorio severo.

Y en el momento actual, la innecesaria alarma social ante la posible, aunque hasta ahora sólo ficticia, pandemia mundial de gripe aviar entre humanos, que consiguió en el invierno de 2006 que por primera vez en España se agotaran las vacunas contra la gripe, la de siempre, en todas las farmacias, al tiempo que la gente hacía acopio, incluso a través de Internet, del famoso Tamiflu, medicamento totalmente desconocido por la población general hasta ese momento.

Cada año asistimos a la congestión de los diferentes servicios de urgencias hospitalarios, que siempre resultan ser noticia, como consecuencia de los brotes epidémicos de gripe, lógicos por otra parte durante los crudos meses de invierno, pero deberíamos preguntarnos si esta situación no es facilitada en gran medida por los titulares que con frecuencia podemos encontrar en la mayoría de los medios de comunicación, que nos recuerdan que estamos ante una verdadera epidemia de gripe con un gran número de muertes. Como es lógico, ante esos titulares, más alarmantes que rigurosos, si encontramos en un familiar de edad avanzada los síntomas de una posible gripe, todos acudimos al servicio de urgencias de un hospital, cuando lo más recomendable sería asistir a la consulta del “gripólogo”, que no es otro que nuestro médico de familia, el que precisamente tenemos más cerca de casa, en el Centro de Salud.

Para diagnosticar un caso de gripe no es necesario realizar una radiografía ni un análisis de sangre y, por supuesto, tampoco lo es el concurso de los especialistas que se convocan en un servicio de urgencias de un hospital. Además, el mero hecho de acudir a urgencias comporta una espera de unas cuatro horas de media, lo que sin duda contribuye a aumentar el riesgo de contagio a través de las gotitas de saliva que todos expulsamos al hablar o al toser, algo que con demasiada frecuencia se olvida cuando los medios de comunicación nos informan de la situación epidemiológica de la gripe.

Pero, ¿realmente saben todo esto los ciudadanos de a pie, los que no son profesionales sanitarios, los que reciben la información a través de los medios de comunicación? Seguro que no porque de saberlo seguro que confiarían más en nuestra Atención Primaria y sus especialistas. ¿Serán entonces responsables de esta situación los profesionales de los medios de comunicación con sus alarmantes titulares, que con tanta frecuencia relacionan el virus de la gripe con la muerte?

No, no se trata de matar al mensajero. La verdadera responsabilidad en este caso, como en tantos otros, debería ser compartida por todos, pero especialmente por los profesionales sanitarios y los responsables políticos al no tener presente, quizá por falta de formación en este sentido, que la divulgación de la salud es un verdadero arte que requiere no

sólo de entrenamiento, sino también del convencimiento de que sus notas de prensa podrían ayudar en este sentido de estar redactadas de otra manera o de la necesidad de establecer determinadas y puntuales ruedas de prensa. Pero eso sí, con titulares pensados para convencer a la población general de que el médico de familia, el del Centro de Salud, es el mejor especialista para diagnosticar y tratar un caso de gripe y que él será quien podrá determinar la necesidad de consultar con algún especialista del área hospitalaria en cada caso en particular.

Otro ejemplo de alarma social al que me refería con anterioridad y que merece la pena destacar es el de las tristemente famosas “vacas locas” de 2001 que transmiten la encefalopatía espongiforme bovina a los humanos. En este caso, y según algunos tertulianos, estábamos ante el fin de la humanidad porque los priones se transmitían de tal forma que todos estábamos expuestos a contraer la enfermedad, por el simple hecho de comer carne de vaca o incluso por consumir su saludable y necesaria leche. La propia ministra de Sanidad de entonces, Celia Villalobos, llegó a aconsejar en un telediario de máxima audiencia su personal receta par hacer caldo, pero sin huesos de vaca porque, según sus palabras, la médula que contiene en su interior es la estructura que alberga a los priones y facilita su contagio entre los humanos.

Claro que Celia Villalobos o no disponía de los asesores necesarios al no ser profesional sanitario o, si los tenía, debería haberlos reciclado, porque los huesos de vaca que se utilizan desde tiempos inmemoriales para hacer ese rico caldo de cocido sí que tienen en su interior médula, pero médula ósea y no espinal, que es la que realmente alberga a los priones. ¿Fue una confusión de médula o una falta de preparación del mensaje que se debería haber formulado por una ministra en un medio de comunicación, con el objetivo de tranquilizar a la población y no de alarmarla? La verdad es que las vacas locas se convirtieron en el comienzo del 2001 en la verdadera alarma social de principios de siglo.

Pero poco después la misma ministra nos sorprendió con sus declaraciones en torno a la posibilidad de padecer un ántrax, más conocido en España como carbunco, diciendo en otro medio informativo de máxima audiencia que aquellas personas que temieran estar contagiadas por la enfermedad acudieran a su médico de cabecera o al servicio de urgencias, lo que de nuevo provocó la alarma social, de igual modo que cuando se refirió en julio de 2001 a la posibilidad de que el saludable aceite de orujo, por la presencia de benzopirenos en su composición, pudiera provocar un cáncer sin solución, lo que además de la consiguiente alarma conllevó un claro perjuicio para el sector olivarero español que luego todos los españoles tuvimos que pagar. Y es que el 2001, desde luego, no fue el año de Celia Villalobos.

De nuevo, y como sucediera en 1997, en todos estos casos el “agente causal” y los “agentes transmisores” son los mismos, y la “prevención” debe ser una buena información en salud y una adecuada educación para la salud diseñada en equipo entre profesionales sanitarios y los periodistas, donde la comunicación se postula como la herramienta fundamental e imprescindible para conseguir el objetivo deseado: informar, tranquilizar, edu-

car; en definitiva, no alarmar a la población general, aunque sí alertarla, algo que es total y absolutamente diferente.

## 7. ¿EL CANNABIS TERAPÉUTICO?

Pero las cosas no cambian mucho si analizamos con cierto detalle lo que sucede desde años con el caso del “cannabis terapéutico”, que algunos, demasiados en mi opinión, tratan de maquillar con esta “pseudocientífica” expresión, cuando en realidad quieren decir “marihuana terapéutica” o incluso “porro terapéutico”. No deja de ser curioso que en un momento en que todos, no sólo los médicos y el resto de profesionales sanitarios, defendemos la “medicina basada en la evidencia”, científica por supuesto, algunos sectores de la población, muchos de ellos con unos intereses claros a todas luces, traten de convencer al resto de ciudadanos que consumir marihuana, a través de una infusión, inhalada o incluso en forma de porros o fumada en pipa, debe formar parte de nuestro arsenal terapéutico para tratar enfermedades como la esclerosis múltiple, o hacer frente a los efectos secundarios y para todos indeseables de la quimioterapia utilizada con rigor científico contra el cáncer.

¿Existen realmente evidencias científicas para defender este punto con rigor? ¿O sólo se basan en la información que recogen a través de encuestas poblacionales y experiencias personales? ¿Por qué no se establece un correcto y riguroso ensayo clínico, como se hace con cualquier otro medicamento, para hablar de las características terapéuticas de la marihuana y el porro? Porque, si se trata de los efectos del principio activo, el delta-tetra-hidrocannabinol, las cosas cambian esencialmente, además de que en estos momentos contamos con medicamentos debidamente autorizados y con la necesaria y obligada ficha técnica.

¿Por qué a una simple pastilla de ácido acético salicílico o paracetamol o a cualquier jarabe para la tos se le exige una ficha técnica y un prospecto en el que se indique la composición, la dosis, las pautas terapéuticas, los efectos secundarios, etc., y no se hace lo mismo con el “estudio piloto” que se ha puesto en marcha en la Comunidad de Cataluña, con la aquiescencia de muchos políticos, además de muchos médicos y farmacéuticos? Finalmente, la marihuana no se dispensará en las farmacias, al menos hasta el momento de escribir este artículo, sino que se hará en las farmacias hospitalarias pero, ¿por qué no se diseña un adecuado ensayo clínico, fundamentado en el rigor de la investigación y la medicina basada en la evidencia?

Un dato incuestionable e incontestable es el hecho de la influencia y el poder que los medios de comunicación tienen en la opinión y actitud de la población general y, en este caso, especialmente de la población juvenil. Desde que en los medios se habla de las características terapéuticas del cannabis, la marihuana o el porro, sin demostrarse científicamente por supuesto, hay diferentes estudios que demuestran que al tiempo que ha des-

cendido claramente la “percepción de riesgo” entre la población de jóvenes, ha aumentado de forma exponencial el consumo de esta sustancia.

Cabe al menos preguntarnos quién o quiénes se están beneficiando de que el debate sobre los efectos terapéuticos de esta droga haya aumentado su consumo entre nuestros jóvenes. La respuesta es más que sencilla: aquellos que utilizan estos argumentos sin rigor, para debatir en los medios de comunicación social sobre la posible legalización de la marihuana. Claro, si los médicos dicen que es beneficiosa para la salud, ¿por qué no legalizarla?

¿Por qué se quiere maquillar la situación de esta forma, sin rigor científico alguno? Habría que recordar que los derivados del opio, por poner un solo ejemplo, también tienen efectos beneficiosos para la salud y que algunos de ellos están presentes en muchos medicamentos de nuestro actual Vademécum, y no por ello se está pidiendo la legalización de la heroína.

## 8. EL TABACO PROHIBIDO Y EL FUMADOR PERSEGUIDO

Seguro que ahora con todo lo que sabemos del tabaco, tema que está de actualidad en todo el mundo, a nadie se le ocurriría plantear la legalización de su producción y consumo, si se tratara de una droga ilegal. ¡Qué gran ironía social! ¿Y qué hacemos nosotros, los profesionales sanitarios, y especialmente todos aquellos que tienen cierta responsabilidad directiva e incluso política para trasladar a la población general la información real y rigurosa en torno al consumo de marihuana o los porros? ¿Disponemos de argumentos suficientes para debatir en cualquiera de los medios de comunicación con aquellos que defienden las bondades de la marihuana y su legalización?

Categoricamente no, como tampoco disponemos de argumentos para prohibir por prohibir y a través de una ley que los fumadores consuman un producto que a todas luces resulta ser legal, que dispone de subvenciones estatales y del que el Gobierno central se beneficia con los impuestos derivados de su venta, que curiosamente se realiza en los estancos, unos comercios cuya licencia también depende de la decisión de un Consejo de Ministros, en el que la titular de Sanidad trata de conseguir lo imposible a través de una ley que prohíbe más que previene.

¡Otra gran ironía social!, pero en esta ocasión olvidando que los fumadores sufren una verdadera adicción a una droga, la nicotina, y que padecen una enfermedad crónica denominada tabaquismo, para la que los médicos y el sistema sanitario disponemos del tratamiento eficaz para su curación. Y a pesar de haber sido rechazado como médico en diversos sectores de mi propia profesión, incluso por el propio Ministerio de Sanidad, a partir de ahora éste será el mensaje que los especialistas en tabaquismo tratarán de dirigir a la población general. Algo obvio pero olvidado por un gran sector profesional de la medicina y la ciencia.

Y es que la salud no se puede imponer por ley. Mucho mejor será establecer verdaderas estrategias de prevención, sobre todo dirigidas a los más jóvenes, en las que los medios de comunicación tienen mucho que decir, claro está, siempre que los profesionales sanitarios les dejemos decirlo y lo hagamos de forma conjunta y trabajando en equipo.

## 9. LA SALUD Y LA ENFERMEDAD EN INTERNET

También merece la pena hacer algún comentario sobre lo que está sucediendo con Internet y sus contenidos en relación a la salud y la enfermedad. Cada vez son más los usuarios, que ya se cuentan por miles de millones, que buscan en los consejos de los “doctores Google y Yahoo” la esperanza y la solución al problema que su médico no ha sabido proporcionarle, bien porque no existe solución o porque ni siquiera le ha preguntado, por falta de tiempo o incluso por falta de credibilidad en el sistema y en sus profesionales.

Sea como fuere, la salud y la enfermedad se han convertido en un verdadero negocio en Internet, que debe ser considerado como el lugar donde comienza la labor social de algunos, pero también donde se desarrolla el negocio y el peligro público de otros muchos, cada vez más, que ofreciendo falsas alternativas y soluciones peligrosas, navegan a sus anchas de forma impune en la red de redes, donde no existe ninguna ley que nos proteja a los *cibernautas*. Y claro que Internet es uno de los mayores desarrollos de la comunicación humana, pero siempre que se utilice adecuadamente, buscando la globalización de todos, pero con leyes que también nos protejan a todos.

Hoy podemos encontrarnos al navegar por el *ciberespacio* con páginas que nos ofrecen la solución definitiva a la calvicie, algo que casi nadie puede creer en este momento, pero también al cáncer de cualquier tipo, lo que desde luego ofrece unas falsas expectativas a quien busca una solución definitiva a un problema que quizá no la tenga, o si la tiene desde luego que no es gracias a los “charlatanes” que pululan engañando a las personas de buena voluntad y que incluso se atreven a asegurar que disponen de la curación definitiva de la homosexualidad.

Ya en los inicios de Internet éramos pocos, aunque muy criticados, los que pensábamos que este gran avance de la humanidad se convertiría en un gran retroceso del progreso si no se ponían cotas a los más que posibles fraudes que podrían ir apareciendo, y pedíamos que las leyes pudieran protegernos. Hoy, 15 años más tarde, las cosas siguen más o menos igual y bien parece que seguirán así durante muchos años, porque pedir leyes que nos protejan como *cibernautas* a algunos les parece que es hacer proselitismo de una censura mal entendida.

Internet se creó hace 38 años, cuando el 2 de septiembre de 1969, un grupo de investigadores de la Universidad de California en los Ángeles (UCLA) conectó el primer ordenador a la red Arpanet, con el fin de facilitar el conocimiento de la investigación y la ciencia, convirtiéndose así en una magnífica herramienta de comunicación para los inves-

tigadores de todo el mundo. Después y con el paso del tiempo irían apareciendo nuevas redes, aunque todas eran cerradas e incompatibles entre sí, hasta que el interés de todos hizo que apareciera el protocolo conocido como TCP/IP que facilitó el intercambio de redes, apareciendo el Internet que hoy conocemos como “red de redes”. Pero no fue hasta 1989 cuando aparecieron las páginas web que conocemos ahora como World Wide Web y que sólo son una parte de Internet.

Y a pesar del tiempo de desarrollo de este magnífico medio de comunicación, a pesar de su mayoría de edad, los consumidores seguimos desprotegidos, sencillamente porque ningún Gobierno quiere tomar cartas en el asunto. Y de este silencio legislativo se aprovechan tantos charlatanes y oportunistas que tratan de hacer su agosto particular aprovechándose de la buena voluntad de aquellos que deciden navegar por Internet sin tener claro el norte, ni disponer de un verdadero cuaderno de bitácora.

Cada vez son más las páginas pro anorexia que podemos encontrar en Internet, donde no sólo se preconizan las virtudes de ser anoréxico o anoréxica y bulímico o bulímica, sino que se garantiza la mejor forma de adelgazar en pocas semanas con dietas que con toda seguridad, y apoyados en la medicina basada en la evidencia, llegan a poner en riesgo la salud de los *cybernautas*. Y gracias a unos pocos investigadores en esta materia y a la decisión de algunas autoridades sanitarias y de algunos jueces, conseguimos que esas páginas desaparezcán por orden judicial, pero inmediatamente aparecen en otros dominios en cualquier parte del mundo, que gracias a Internet está a la vuelta de la esquina para cualquier navegador que se precie de serlo.

Es por ello que todos, pero especialmente los profesionales de la salud y los de los medios de comunicación, hemos de hacer un esfuerzo para informar adecuadamente a la población general sobre las virtudes de Internet, pero también de sus riesgos, que según parece cada vez son mayores. Deberíamos informar a la población de que existe un código ético internacional conocido como “Honcode”, que es el que hasta ahora puede garantizarnos la seguridad de la página web que estemos consultando en cada momento, un código de conducta ético y totalmente voluntario, al que se ajustan aquellas instituciones que no tienen nada que esconder, y que en temas de salud y enfermedad se hace más que obligatorio para garantizar nuestra seguridad en todos los sentidos. Es, para que todos lo entendamos, como el “arbitrio” totalmente voluntario pero seguro, al que cualquier empresa se puede acoger para garantizar la seguridad a sus clientes como consumidores.

Y para entender la validez del código ético de conducta Honcode, basta con hacer algún ejercicio práctico. Por ejemplo, si en Google tecleamos las palabras “diabetes mellitus”, aparecerán 4.470.000 resultados en 0,13 segundos, mientras que si lo que tecleamos es “diabetes mellitus honcode” los resultados se reducen a 170.000 en 0,21 segundos. Si buscamos “gripe” nos ofrecerán 14.100.000 resultados en 0,06 segundos, mientras que si lo hacemos como “gripe honcode” se reducen a 27.000 en 0,21 segundos. Y si lo que tecleamos es “anorexia” encontraremos 12.300.000 resultados en 0,10 segundos, mientras que si queremos reducir está búsqueda a páginas con cierta garantía en sus contenidos, debería-

mos teclear “anorexia honcode” y dispondríamos de 178.000 resultados en 0,19 segundos. Entiéndase que siempre se debe teclear “honcode”, sin espacios entre sí, después de la palabra que nos sirve como clave para la búsqueda.

De esta forma, al menos estamos garantizando una cierta seguridad en los contenidos de las páginas web de que podemos disponer, al tiempo que desaparecen la mayoría de charlatanes y oportunistas, que deben ser considerados como un verdadero riesgo para la salud pública.

## 10. EL *MARKETING* Y LA PUBLICIDAD

Por otro lado, la aplicación de las modernas técnicas de *marketing* social a la salud de la población continúa siendo una gran asignatura pendiente. Analicemos, aunque sin entrar en detalle, la definición que la Real Academia de la Lengua adopta para *marketing*, *mercadotecnia* o *técnicas de mercado*: “Conjunto de principios y prácticas que buscan el aumento del comercio, especialmente de la demanda, y estudio de los procedimientos y recursos tendentes a este fin”.

Observemos, en principio, que el claro objetivo del *marketing* es vender, pero basándose en el principio de aumentar la demanda de la población por determinados artículos que se pretenden vender con el fin de aumentar la cuota de comercio de una empresa. Y yo me pregunto, ¿no será que nosotros, los profesionales de la salud, estamos centrando todos nuestros esfuerzos en incrementar la “oferta” de servicios de salud, olvidándonos de la “demanda” de nuestra población diana?

Existen multitud de programas de Educación para la Salud que ofrecen conocimientos y modificación de comportamientos saludables a la población, pero ¿cuántos están verdaderamente destinados a crear necesidades de salud de la población, y que a partir de ahí aumente la demanda de nuestros productos por parte de nuestra población diana?

Sin duda ésta es una pregunta sencilla de responder; sólo tenemos que hacer un metanálisis para darnos cuenta de la cruda realidad. Ofrecemos mucho, pero nuestra población diana demanda poco. En otras palabras, no estamos utilizando las verdaderas estrategias que el *marketing* social pone a nuestra disposición, sencillamente porque no trabajamos en equipo como venimos defendiendo desde el comienzo de este capítulo.

Entendamos *marketing* como sinónimo de *publicidad*. El proceso de comunicación publicitaria se inicia por la voluntad de un emisor que pretende, mediante la difusión de mensajes motivadores, modificar el comportamiento de compra de los receptores hacia el producto que elabora y pone a la venta.

Por tanto, el emisor de la comunicación publicitaria es el productor de la mercancía que el mensaje publicitario pone a disposición del receptor consumidor para que lo compre, llámese a aquélla producto o servicio. Bien, pues tengamos en cuenta que dadas las características del mensaje, que desde luego precisa de una cuidadosa elaboración para ser

motivador, el emisor utiliza a determinados especialistas para expresar el contenido de la comunicación, codificada de manera que permita un contacto eficaz con los receptores, es decir, con la población diana del mensaje.

Si analizamos en detalle esta cuestión, podemos comprobar cómo el emisor de la comunicación publicitaria se desdobra en dos: por una parte, la empresa, como unidad económica productora del servicio que se quiere vender y, por otra, los especialistas, a los que la empresa encarga la elaboración y difusión de los mensajes publicitarios, que trabajando en equipo consiguen una verdadera eficacia.

Éstas son las bases operativas en las que se asienta el *marketing* social o la publicidad. En nuestro caso bien pudiera ocurrir algo similar: la empresa, las distintas administraciones sanitarias, públicas o privadas; los profesionales, los sanitarios trabajando en equipo con los de los medios de comunicación social; el producto o servicio, la salud; y el mensaje, el contenido de nuestro programa de educación para la salud. Llegados a este punto hemos de reflexionar: ¿no será que no aprovechamos las técnicas del *marketing* social, por falta de formación en este campo?

Y, sin embargo, otros, que al parecer tienen las ideas muy claras, no pierden ninguna oportunidad. Son muchos los casos que podríamos comentar, pero nos ceñiremos sólo a un par de ejemplos. En la popular serie *Los Serrano* en el dormitorio de los hijos podemos observar que, formando parte del decorado, se ha incluido un póster con una hoja de marihuana que preside toda la escena, como aquella pastilla de Okal que centraba la atención en la pantalla de la familiar *Farmacia de guardia*. Es evidente que los decorados en televisión están más que estudiados y que nada se deja al azar, por lo que con toda rotundidad podemos asegurar que no fue la casualidad, sino la causalidad la que incluyó este elemento en la escena de una serie familiar, donde los protagonistas son los jóvenes, los que más consumen marihuana y los que menos perciben el riesgo de su consumo.

No pretendo decir con esto que los responsables del atrezzo o la dirección de la serie tuvieran un interés especial en fomentar el consumo de marihuana, pero sí que conviene reflexionar ante el hecho de que si tuviéramos una verdadera sensibilidad frente a la influencia que pueden tener los medios de comunicación social en las actitudes y creencias de la población, nadie habría dejado que esa “inocente” imagen se colara en nuestros hogares a través de la pequeña pantalla y menos aún cuando el capítulo se emitió en un momento en el que determinados sectores de la población trataban de convencernos de los efectos terapéuticos de esta droga. ¿Otra casualidad?

En otra popular serie, en este caso *Aquí no hay quien viva*, los jóvenes protagonistas se ofrecían entre sí la bebida “referéndum plus” que gozó de una fama efímera, pero eficaz, a la hora de invitar a los más jóvenes a participar del referéndum de la Constitución Europea en 2005, por parte del Consejo de la Juventud de España. En la campaña publicitaria de esta bebida energética se podían leer los siguientes mensajes: “una bebida energética que te ayudará a votar” o “para que la fatiga no te impida acercarte a las urnas”, mientras que en la propia lata podíamos leer “es la bebida energética que te anima a votar,

te mantiene despierto y alerta... con esta bebida combatirás la fatiga y podrás llegar a votar”. Cuando hablaban de votar, ¿cometieron un error ortográfico y les hubiera gustado poder decir “botar”? No, no fue necesario porque todos los jóvenes entendían bien el doble sentido de esta campaña publicitaria en la que se trató de magnificar las propiedades de las bebidas energéticas que usualmente se consumen mezcladas con alcohol.

Pero tampoco escapa al poder de la influencia de los medios a través de las series televisivas, la imagen de los profesionales de la salud y la del propio sistema sanitario, como sucede cada semana en la serie *Hospital Central*, donde cualquier médico, aunque se trate de un residente, sabe hacer de todo: cura una gripe o un catarro, una convulsión epiléptica o una meningitis, pero también atiende un parto, incluso realizando una cesárea, o interviene quirúrgicamente de urgencia para extirpar un tumor cerebral o participa en un trasplante cardiaco en toda regla. Un médico que desde luego dista mucho de la realidad y que lleva el fonendoscopio al cuello, pero eso sí, siempre con la campana, que es donde aparece su marca comercial, frente a la cámara. Un médico como el Dr. Vilches que resulta ser el ídolo de muchos jóvenes que desean llegar a ser médicos y que, a pesar de la gran formación que demuestra en la pantalla, si le falta algo es un adecuado entrenamiento en comunicación con el paciente y la familia.

## 11. A MODO DE REFLEXIONES

Si con el *marketing* y la publicidad se consigue que una persona o grupo de personas demanden algo que hasta ese momento no se habían planteado, ¿por qué no puede ocurrir lo mismo en materia de salud? Si utilizamos estas técnicas de *marketing* social, estaremos en disposición no sólo de ofrecer salud, sino de que nuestra población diana demande realmente salud. Cuando las cosas se demandan, tienen más valor para quien las demanda, que cuando únicamente se ofrecen.

¿No será que aquellos grupos que con ciertos oscuros intereses tratan, por ejemplo, de banalizar los efectos de la marihuana sobre nuestra salud cuentan con la formación necesaria en este campo y la ponen en marcha a través de sus apariciones en los diferentes medios de comunicación?

¿Quiere esto decir que los profesionales de la salud deberíamos tener una formación específica en materia de comunicación y en las diferentes técnicas de *marketing* social y publicitario, para mejorar los objetivos propuestos de un programa de Educación para la Salud, así como para neutralizar adecuadamente y con rigor a quienes practican continuamente el arte de la “charlatanería”? Pues definitivamente sí. Si nuestros objetivos contemplan no sólo la modificación de conocimientos, sino también de actitudes, hábitos y comportamientos saludables, así debería de ser.

En la misma línea de reflexión: ¿quiere esto decir que los profesionales de los medios de comunicación deberían, asimismo, tener una formación específica en materia de salud

y su divulgación para contribuir a mejorar la salud y la calidad de vida de la población, y evitar las tan frecuentes alarmas sociales, así como la “cancha” que se les da a los “charlatanes” sin argumentos científicos? De nuevo, definitivamente sí, de la misma forma que ocurre en materia de deporte, economía o política, por poner algunos ejemplos.

Dicho lo cual no debemos olvidar el tan necesario, y ya mencionado, trabajo en equipo entre los profesionales de la salud y los profesionales de los medios de comunicación, objetivo que intentamos cubrir desde la Cátedra de Educación para la Salud de la Universidad Complutense de Madrid a través de una asignatura de libre elección que hemos denominado “Salud y medios de comunicación social”, cuya razón de ser no es otra que iniciar ese necesario camino de colaboración en un verdadero equipo de trabajo, en aras de la mejora de la salud y la calidad de vida de la población, intentando evitar las tan frecuentes alarmas sociales, en base a conseguir “alertar” y no “alarmar” a la población a través de una información responsable, veraz y debidamente contrastada, a la vez que adecuadamente codificada, base imprescindible de una adecuada educación para la salud.

También el código de la comunicación es fundamental para evitar confusiones en la recepción del mensaje. En muchas ocasiones la población no recibe adecuadamente el mensaje de los médicos y otros profesionales sanitarios, sencillamente porque no está adecuadamente codificado cuando se trata de transmitirlo a través de los medios de comunicación. Pero ésta es también una tarea difícil: la de convencer a los profesionales sanitarios de que tienen que codificar el mensaje, no para sus colegas, sino para la población general. Una cosa es ofrecer una conferencia magistral, y otra muy diferente y también muy digna a la vez que necesaria, divulgar el conocimiento de nuestro cuerpo.

Y a pesar de todos los esfuerzos en este sentido, seguimos asistiendo a las noticias de los medios que nos informan del día de la Epoc, en lugar del día de la enfermedad pulmonar, o el día del Ictus, en lugar del día del ataque cerebral, además de leer que el SIDA se contagia, cuando lo que ocurre en realidad es que se trata de una enfermedad “transmisible”, algo muy diferente, si no desde la opinión de la Real Academia de la Lengua, sí desde luego desde la percepción de la población general, que entiende que una enfermedad contagiosa obliga al aislamiento del enfermo y a la marginación social, lacra que todavía en el siglo XXI siguen soportando los enfermos de SIDA.

De igual modo sucede con las drogas en general cuando se trata de conseguir una disminución en la percepción del riesgo de su consumo por parte de la población general y en particular por los jóvenes adolescentes. En los medios se sigue escribiendo y diciendo que existen “drogas duras” y “drogas blandas”, cuando esta clasificación quedó obsoleta hace más de 20 años. Así, se presenta la marihuana como una droga blanda que, además, parece tener unas claras propiedades terapéuticas que nunca se han demostrado, mientras que el alcohol sigue siendo la droga protegida y consentida por todos. Ahora que la ministra de Sanidad trata de legislar su consumo de forma un tanto tímida, porque sólo lo quiere hacer para los menores de 18 años, todos los productores se le han echado enci-

ma, porque ven peligrar sus negocios. ¿Realmente interesa la salud? ¿Qué interés se puede tener para seguir defendiendo la publicidad de bebidas alcohólicas dirigida a los más jóvenes?

Sí, ya sé que desde hace años se viene manifestando por muchos médicos que el vino tiene unas propiedades que favorecen la prevención de las enfermedades cardiovasculares, pero se refieren siempre a los vinos elaborados con determinado tipo de uva y a dosis que no superen nunca el par de copitas al día, una en la comida y otra en la cena. Pero esto, en nada se parece a los titulares que podemos encontrar en cualquier hemeroteca. Titulares que afirman que el alcohol, no sólo el vino, sino todo tipo de alcohol, resulta beneficioso para la salud siempre que se tome moderadamente. Pero, ¿qué significa “moderadamente”? ¿Cinco copas al día, como se publicó recientemente en un suplemento de salud de un conocido y afamado diario español?

Y no quiero terminar este capítulo sin aceptar que el hecho de que la salud, incluso la enfermedad, estén presentes en los medios de comunicación social y cada vez con más fuerza tiene unos claros beneficios para todos, porque los tiene y muy importantes. Fundamentalmente porque contribuye a mejorar la prevención de un sinnúmero de enfermedades al conocerlas mejor y porque facilita que la población general sea mucho más sensible al diagnóstico precoz, como sucede con el cáncer de mama en las mujeres.

No en vano hemos de hacer un reconocimiento a la influencia de los medios de comunicación en este sentido en los años ochenta, ya que gracias al cáncer de mama que padecía la protagonista de la famosa telenovela venezolana *Cristal*, interpretada por Jeannette Rodríguez, muchas de las mujeres que componían su fiel audiencia, que superaba en esas fechas los 10 millones de espectadores, entendieron que la mamografía era el procedimiento ideal para poder diagnosticar de forma precoz esta temida enfermedad. Quizá sin buscarlo, esta telenovela consiguió hacer realidad los objetivos que nunca antes alcanzaron las autoridades sanitarias ni la propia Asociación Española contra el Cáncer.

## 12. LA AGENCIA DE SEGURIDAD EN INFORMACIÓN DE LA SALUD

Y una última reflexión. Precisamente para contribuir a garantizar la calidad de la información que de sanidad, de salud y enfermedad recibe la población general a través de los diferentes medios de comunicación social, cada vez se hace más necesario contar con una “Agencia de Seguridad en Información de la Salud”, que velara por los intereses en salud de todos los ciudadanos. No se trata de regatear ni censurar a nadie su libertad de expresión, que siempre ha de ser considerada y garantizada dentro de un “marco constitucional”, sino de velar por aquellas informaciones o publicidades que pueden contribuir a una alarma social innecesaria, o informaciones imprecisas y con “ciertos intereses”, aclarando desde esa hasta ahora “ficticia” agencia, siempre con la voz de los expertos y las sociedades científicas, los aspectos que se entiendan necesarios.

En definitiva, una contribución más a la educación para la salud de la población general y un garante legal de la información que recibe a través de los diferentes medios de comunicación social.

De este modo, esta Agencia de Seguridad en Información de la Salud podría contribuir a evitar confusiones tan frecuentes como las que hemos comentado, entre las que también merece una especial mención el caso de Bio-Bac, que se ofrecía con la garantía de curación del cáncer, sea el que fuere, o bien el fraude del Dr. Brú, quién sigue defendiendo que gracias a su mágica fórmula matemática se puede llegar a curar un cáncer de órganos sólidos como el de hígado. Y tengamos presente que además de considerarse como verdaderos fraudes, según nuestra legislación vigente, se trata sólo de un par de ejemplos de los muchos que suelen aparecer en los medios de comunicación, ofreciendo falsas expectativas a una población que, desde luego, es totalmente susceptible a este tipo de noticias. Y como digo, no se trata de censurar a los portavoces de éstas, por otra parte tan deseadas para quien está realmente desesperado, sino de aclarar la situación a la población general pero con rigor, a través de las declaraciones, no sólo de los cargos políticos, que tantas veces adolecen de credibilidad, sino de las autoridades académicas y científicas que en cada caso sean consideradas como fuentes fidedignas de la información. Y me refiero a catedráticos e investigadores, miembros de sociedades científicas, de centros de referencia con prestigio nacional e internacional, o bien a los miembros de la Real Academia de Medicina.

Seguro que sus declaraciones, además de gozar de la credibilidad necesaria, conseguirán neutralizar tanto estas situaciones, como aquellas otras en las que firmas como Burger King, ofrece una merienda supercalórica asociándola al hecho de ser hombre en su campaña publicitaria, algo que desde luego, además de ser sexista, se enfrenta con los intereses y objetivos del proyecto Naos que firmara en su día con el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Y es que, como dijo Voltaire, “La salud es demasiado importante como para dejarla únicamente en manos de los médicos”.

## BIBLIOGRAFÍA

ARRIBAS, J. L., BENEIT, J. V., GAMELLA, C., MARTÍNEZ, D., MOYA, M., PRIETO, J. y SÁNCHEZ MARTOS, J. (2003): *Amenaza potencial del bioterrorismo variólico en España y Europa*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.

CATALÁN, J. M. y LÓPEZ IGLESIAS, J. (2003): *¡Infórmate en salud!: Los medios de comunicación y la información sanitaria*. Madrid: Envía.

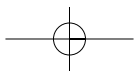
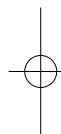
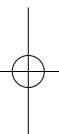
HONCODE: Código de conducta para sitios web de Salud y Medicina (1997): Disponible en: <http://www.hon.ch/HONcode/Spanish/>

LEY GENERAL DE PUBLICIDAD 34/1.988. 11 de noviembre de 1988. Madrid: B.O.E., 1988; 274.

LÓPEZ GARCÍA, M. (2004): *La publicidad y el derecho a la información en el comercio electrónico*. Disponible en: [www.eumed.net/coursecon/libreria/](http://www.eumed.net/coursecon/libreria/)

- MARTÍNEZ SEGURA, P. (2002): *Medios de comunicación y salud. Informe Sespas 2002: La salud y el sistema sanitario en España*. Madrid: Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria.
- PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS (2006): *Prevención de las drogodependencias: Análisis y propuestas de actuación 1997-2005*. Madrid. Ministerio del Interior.
- QUINTANA, Y. (2004): *Sociedad, consumidores y medios de comunicación social*. Madrid: Confederación Estatal de Asociaciones de Consumidores y Usuarios.
- SÁNCHEZ MARTOS, J. (1997): *La epidemia de miedo. Video-montaje de la situación de crisis ante la amenaza de meningitis C en España*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid [Inédito].
- (2003): *La eficacia de la entrevista en la selección de personal (Oferta Pública de Empleo, Ley 16/2001)*. Madrid: SCM (Scientific Communication Management).
- (2005): “Marco conceptual de la promoción y la educación para la salud”. En: MARQUÉS, F., SAEZ, S. y GUAYTA, R. (eds.): *Métodos y medios en Promoción y Educación para la Salud*. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya; pp. 25-61.
- SÁNCHEZ MARTOS, J. y GAMELLA, C. (1994): “Estrategias de educación y metodología educativa en Educación para la Salud”. En: SÁNCHEZ MARTOS, J. y MATEO, R.: *Los profesores ante las drogas*. Madrid: Fundación Prevención Escolar contra la Droga; pp. 139-179.
- (2002): “La educación para la salud y los medios de comunicación social”. En: RIVERA, M. J., WALZER, A. y GARCÍA, A. (2002): *Educación para la comunicación. Televisión y multimedia. Libro interactivo*. Madrid: Corporación Multimedia (CD-ROM).
- (2006): “Información alimentaria y Educación para la Salud”. En: AMARILLA, M. (coord.): *El derecho a la información en salud alimentaria*. Madrid: EUPAHARLAW; pp. 79-106.
- TRILLA, A. (2002): *Bioterrorismo: Algunas consideraciones tras los ataques intencionados con Ántrax en Estados Unidos*. “Informe Quiral”, 2001: Medicina, Comunicación y Sociedad. Barcelona: Rubes; pp. 27-35.

# III. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN



# Comunicación de crisis

ANA BALSEIRO

## 1. CONSIDERACIONES PREVIAS

Cuando nos enfrentamos a una situación de crisis es muy importante hacer un análisis previo de la situación que nos permita valorar exactamente a qué nos enfrentamos y así poder actuar en consecuencia.

Primero, y aunque parezca una obviedad, hemos de definir qué es una crisis, cuándo una empresa o institución puede considerar que se está enfrentando a una crisis y, por tanto, actuar según los protocolos establecidos al efecto.

La adecuada gestión de una crisis puede llevar no sólo a resolverla, sino incluso a mejorar la imagen pública de la institución que la haya padecido.

Por ello antes de actuar es importante tener en cuenta las siguientes consideraciones previas:

- Magnitud de la crisis.
- Naturaleza de la crisis.
- Protagonistas de la crisis.
  - Quién o qué la ha generado.
  - Quién o qué ha resultado afectado.
  - Organismos e instituciones implicados en su resolución.
- Posibilidades de extensión.
- Necesidades de coordinación.
- Papel que juega la comunicación.
  - Fuentes de información.
  - Receptores de información.
  - Necesidades informativas.
  - Demandas informativas.
  - Papel de los medios de comunicación.

## 2. GESTIÓN Y COMUNICACIÓN, EN PARALELO

Cuando nos enfrentamos a una crisis, la gestión de la misma y la gestión de la comunicación a la opinión pública deben ir en paralelo. Una crisis bien gestionada puede convertirse en una catástrofe si no se comunica bien o no se comunica a tiempo.

En primer lugar, ante una crisis es imprescindible actuar con diligencia e informar cuanto antes a la población, pero actuar con diligencia no debe significar actuar con precipitación. Una información falsa o inexacta puede generar más alarma y resultar más perjudicial que la incertidumbre, que puede generar un pequeño tiempo de espera.

En este sentido será muy importante el “poso de credibilidad” que tenga la empresa o institución objeto de la crisis. Es decir, una buena gestión de una crisis hará que los medios de comunicación y los ciudadanos en general depositen en esa institución un margen de confianza mayor y este margen será muy útil cuando llegue la siguiente crisis.

Una institución o empresa con experiencia acreditada, que haya hecho gala de credibilidad y transparencia en gestión y comunicación de crisis previas, tendrá, entre otras cosas, un margen mayor de actuación a la hora de responder a la opinión pública ante cualquier eventualidad que pueda surgir. Por el contrario, la mala gestión de una crisis previa la obligará en la siguiente a actuar con mayor celeridad para evitar que la desconfianza previa genere alarma social.

## 3. GRADO DE INFORMACIÓN ADECUADO

Todos los expertos en comunicación de crisis coinciden en señalar la importancia de elaborar mensajes unificados, transmitidos en la medida de lo posible por un portavoz único. Mensajes que han de ser claros, concisos, y que deben situar en su justa medida la magnitud de la catástrofe, transmitiendo una información veraz de la situación. Por otra parte, el mensaje debe incluir los primeros pasos que se han dado o se darán para solucionar la situación, así como la información de servicio público que la población pueda necesitar.

Pero, ¿qué grado de información se debe trasladar a la opinión pública? En este punto los expertos no coinciden. En este punto es importante tener en cuenta tanto la naturaleza de la crisis como el grado de conocimiento y de demanda de información del público afectado a la hora de decidir hasta dónde tenemos que llegar en el contenido de la información que vamos a trasladar a la opinión pública. Tenemos clara la veracidad y la transparencia, pero en ocasiones el exceso de información puede generar más alarma de la necesaria.

## 4. PLAN DE COMUNICACIÓN COMO GUÍA DE TRABAJO

Si estamos preparados para afrontar una crisis, sin duda la resolveremos mejor que si nos coge por sorpresa y con los deberes sin hacer. Es importante tener un Plan de Gestión de

Crisis y que este incluya un Plan de Comunicación asociado al mismo. Este plan o manual o estrategia debe ser no un documento exhaustivo que suponga un encorsetamiento a la gestión, sino una guía de actuación que permita adaptarse a las circunstancias concretas de cada situación.

La Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid tiene un Plan de Comunicación de crisis que, a raíz de la experiencia del 11-M, está siendo modificado. Cuando se elaboró el Plan, los protocolos contemplaban crisis en un centro sanitario, accidentes múltiples de tráfico, accidentes aéreos, posibles alertas de salud pública, etc., pero en ningún caso se contemplaba una catástrofe de la magnitud de la ocurrida en Madrid el 11 de marzo de 2004.

Algo similar ha ocurrido con la gestión, de forma que en estos momentos la Consejería está ultimando un Plan General de Gestión de Crisis que llevará aparejado un Plan de Comunicación adaptado al mismo —todo ello sin perjuicio de los planes globales de gestión de crisis de la Comunidad de Madrid que coordina la Consejería de Justicia e Interior—.

El futuro Plan recoge, entre otros aspectos, la clasificación por niveles de la magnitud de crisis o catástrofe, los canales de información interna y externa que se tendrán que habilitar, la coordinación por distintos niveles y la necesidad de establecer un sistema de comunicación alternativo y seguro que se pueda utilizar si fallan los sistemas habituales, como ocurrió en algunos momentos el 11-M cuando fallaron tanto los teléfonos móviles como la red y se saturaron las líneas fijas de telefonía. Además, está previsto elaborar un mapa de riesgos, y se creará una página específica dentro de la web de la Comunidad para información a la ciudadanía en situaciones de crisis.

Sin duda nuestra experiencia en Madrid es un claro ejemplo de que los planes y protocolos de comunicación son herramientas muy útiles siempre que sean dinámicas. El encorsetamiento es un peligro que corremos en este ámbito y que no nos podemos permitir, y mucho menos en un mundo tan cambiante como el de la comunicación. Es necesario adaptar los planes a las circunstancias concretas de cada caso y es importante que cada caso sirva de experiencia para el futuro y que lleve aparejadas todas las modificaciones que sean necesarias para mejorar nuestra actuación.

## 5. EL PAPEL DE LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Los medios de comunicación juegan un papel fundamental en una crisis. Quizá sea exagerado decir que muchas veces son los propios medios los que generan una crisis, pero sin duda pueden colaborar en enorme medida a la hora de magnificarla o minimizarla, dependiendo del tratamiento que den a la misma.

Por ello es importante valorar cuál es el papel que van a jugar los medios de comunicación en función de la naturaleza de la crisis. En la medida de lo posible, la institución debe intentar lograr su colaboración y transmitirles que “todos estamos en el mismo bar-

co”. Este aspecto es fundamental cuando se trata de crisis sanitarias, alimentarias o de cualquier otra índole que afecten al interés general de la población.

Como gestores de la comunicación de crisis debemos de ser proactivos y facilitarles a los medios la información disponible en cada momento. Debemos manejar la gestión de esa información y no dejarnos arrastrar por la demanda informativa.

En esta línea es importante que no generemos falsas expectativas a los responsables de los medios de comunicación. Para ello deben estar informados de las líneas generales de la situación, de qué tipo de información les podemos facilitar, en qué momentos, con qué frecuencia, si hay información a la que no puedan tener acceso, etc.

## 6. PREPARACIÓN PSICOLÓGICA PARA AFRONTAR UNA CRISIS

Desde un punto de vista personal es importante estar psicológicamente preparado para afrontar una crisis. Aspectos como la visión del horror, el mantenimiento del control de la situación, el dominio de la frustración o relativizar para trabajar “desde la distancia” son factores fundamentales para abordar con éxito una situación de conflicto.

## 7. LA EXPERIENCIA DEL 11-M EN LA CONSEJERÍA DE SANIDAD

El primer problema al que nos enfrentamos el día 11 de marzo fue que inicialmente no teníamos un conocimiento preciso de la magnitud exacta de la catástrofe. Al tratarse de distintos focos de conflicto, la coordinación y la comunicación resultaron más complejas. No obstante, y pese a las dificultades, se actuó con diligencia, de forma que, tras recibir la primera llamada del teléfono de emergencias de la Comunidad de Madrid dando cuenta de la primera explosión, se constituyó el Gabinete de Crisis.

Nada más tener conocimiento de que las explosiones eran múltiples, antes de las 8 de la mañana ya se habían tomado de urgencia las primeras decisiones:

- Suspender el transporte sanitario no urgente para disponer del mayor número de ambulancias posible.
- Suspender las operaciones quirúrgicas no urgentes programadas (un total de 300) para tener libres los quirófanos.
- Dar de alta a los pacientes en condiciones de recibirla para habilitar todos los espacios disponibles de los hospitales.

Posteriormente, se reunió dicho Gabinete presidido por el consejero, diseñándose las líneas estratégicas en la atención sanitaria ante la grave situación detectada. En concreto, se procedió a realizar las siguientes actuaciones:

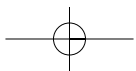
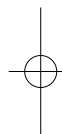
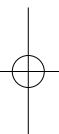
- Movilización de todos los recursos sanitarios públicos.
- Comunicación a las clínicas privadas de la gravedad de la situación y petición de disponibilidad de sus recursos.
- Coordinación con el Ministerio de Defensa para la utilización de los recursos adscritos a Sanidad Militar (Hospital Central de la Defensa).
- Solicitud de camas hospitalarias a las CC. AA. de Castilla León y Castilla La Mancha en caso de que el sistema madrileño fuese incapaz de absorber la demanda generada (finalmente no fue necesario utilizarlo).
- Establecimiento de un plan para redistribuir las camas hospitalarias para evitar saturación en los centros con mayor afluencia.

Desde el punto de vista de la comunicación, resultaron ser fundamentales tanto la existencia de un Plan de Comunicación como la experiencia diaria de coordinación entre los distintos departamentos de Comunicación, así como la experiencia en la gestión de otras crisis de menor envergadura. Tras una evaluación urgente de las consideraciones previas citadas al inicio de la intervención, se llevaron a cabo las siguientes actuaciones:

- Unificar la fuente de información en la Consejería para evitar que los posibles mensajes contradictorios generasen más alarma, ya que en un primer momento se desconocía la magnitud real. Se estableció un circuito de coordinación de la información entre hospitales, SUMMA 112, SERMAS y Consejería.
- Tras valorar cuál era la demanda urgente de información, en un primer momento se decidió facilitar solamente información de servicio público: magnitud del suceso, número de heridos, información de familiares y transmitir la necesidad de sangre. En un segundo tiempo, pasadas 24 horas y una vez estabilizada la situación, fue cuando se pudo profundizar en el contenido de la información y los medios de comunicación ya tuvieron acceso a los profesionales sanitarios. En definitiva, se trataba de dar lo antes posible una información clara, transparente y contrastada, pero que la premura en dar la información no nos llevase al descontrol y, por supuesto, no primar nunca sobre la labor de los profesionales sanitarios.
- Se transmitió a los medios cuál iba a ser el sistema de información desde la Consejería, con el objeto de controlar la demanda y no generar falsas expectativas. Se les transmitió que en ese primer día sólo iban a tener acceso a la información de servicio público que facilitase la Consejería y que en los hospitales tendrían que permanecer fuera del recinto. Se les advirtió que los profesionales sanitarios no les podrían ampliar la información en tanto no finalizasen la atención a los pacientes. Es importante destacar que la colaboración de los medios de comunicación ha sido ejemplar y así lo transmitió el Consejero por carta a todos los directores de los medios de comunicación, carta que fue publicada por la revista de la Asociación de la Prensa de Madrid.

- Igualmente, se procedió a recabar los datos de todos los heridos que estaban siendo tratados en todos los centros hospitalarios, con objeto de poder dar información cuanto antes a los familiares. Se elaboró una lista única de heridos atendidos e ingresados en hospitales. Con ello se pretendía dar la mayor información posible que se tenía en cada momento, procediéndose a actualizarla en tiempo real. A las 12 de la mañana un primer listado estaba elaborado y se remitió a las salas de familiares que los hospitales habían habilitado, al centro coordinador de emergencias de la Comunidad 112 y al Ministerio del Interior. Además el listado se colgó de la página web de la Comunidad.
- Otra decisión de urgencia fundamental fue la de solicitar a los madrileños que acudiesen a donar sangre a través de los medios de comunicación. En este sentido también hay que destacar no sólo la generosidad de la ciudadanía por todos conocida, sino también la enorme colaboración de los medios no sólo en la demanda, sino también en el control de la donación cuando surgieron problemas como el retraso en la llegada de un autobús de donación debido a los atascos que se produjeron por la propia catástrofe o la redistribución de los donantes en el tiempo para evitar largas colas y aglomeraciones.
- Simultáneamente la gerencia y los responsables de comunicación de los hospitales trabajaron en la atención a familiares y periodistas allí desplazados. Cada hospital habilitó una sala para familiares en donde, además de facilitarles todo aquello que pudiesen necesitar, se les iba dando información y atención psicológica.
- A las 14 horas el consejero de Sanidad y Consumo, Manuel Lamela, acompañado de la ministra de Sanidad ofrecía la primera rueda de prensa en la que, entre otros datos, notificaba que los hospitales madrileños habían atendido a 2.061 heridos, que se habían activado 291 ambulancias y que se habían movilizado 70.000 trabajadores. En esta rueda de prensa, el consejero también destacó la excelente actuación que estaban realizando los profesionales sanitarios y transmitió un mensaje de tranquilidad a la población dando cuenta de que, pese a la gravedad de los hechos vividos, la situación desde el punto de vista médico estaba controlada.
- Tras esta rueda de prensa, a lo largo del día 11, se fueron emitiendo varios comunicados para actualizar la información que iba llegando. En paralelo, tanto los responsables de comunicación de los hospitales, como el Gabinete de Comunicación del Servicio Madrileño de Salud y de la propia Consejería, iban atendiendo las demandas de todos los medios nacionales e internacionales.
- Los primeros días se emitieron tres partes diarios sólo con información genérica de número de heridos y clasificación por estado de gravedad. Con el tiempo los comunicados se redujeron a uno diario y posteriormente a uno semanal hasta que el 3 de agosto se dio de alta al último herido ingresado en los hospitales públicos de la Comunidad.
- Además de esta información de urgencia, se han hecho balances periódicos de la situación de los heridos y de la actuación de los servicios sanitarios y se ha hecho un énfasis especial en la comunicación del plan de salud mental.

- Otras acciones de comunicación destacables son los múltiples reportajes que los medios, tanto nacionales como internacionales, han hecho en los hospitales y el SUMMA 112, las intervenciones en foros internacionales de los profesionales sanitarios como la que hizo el SUMMA en la OTAN, los reportajes especiales elaborados al cumplirse un mes, seis meses y un año del atentado y para todos los profesionales de la Consejería es especialmente reseñable el número especial de *Salud Madrid* (revista interna de la Consejería) dedicado íntegramente a la actuación sanitaria en el 11-M, en el que se recogen cartas de agradecimiento de todos los representantes de la sociedad española, desde el presidente del Gobierno y el líder de la oposición, hasta los líderes sindicales o la propia presidenta de la Comunidad.



## Universidad saludable: El arte de vivir

MARTA LUCÍA BETANCUR

El 28 de febrero del 2006 estaba soleado. Había rumores de fiesta en la universidad. Unas grandes telas verdes y otras de cuadros se extendían en el suelo, a lo largo y ancho del campus. Se escuchaba música y una abuela cuentera dejaba notar el siseo de su voz campesina a través del consabido “entonces un día...”. Ocurría algo deliciosamente raro en la Universidad Pontificia Bolivariana (UPB): había un *picnic*. Sí, un almuerzo campestre a manteles pero sobre el césped. Todo era alegría. Por los altos muros de la biblioteca descendía haciendo *rappel* un joven estudiante de Medicina que desplegaba un gran pendón, en cuyo fondo blanco aparecía un árbol verde bordado a trechos con color amarillo, rodeado de un naciente bosque de la misma especie. Mientras la imagen descendía para hacerse real, una procesión encabezada por el rector se dirigía a un lugar muy destacado del jardín para sembrar (en vivo y en directo) el guayacán, árbol símbolo del programa que hoy nace en la UPB, al abrigo de la Vicerrectoría de Pastoral, la encargada de velar por el cumplimiento de la Misión, o sea, por la formación de los bolivarianos en su ser integral...

Mientras profesores, estudiantes, personal y directivos almorzaban sentados debajo de los árboles, 14.000 pares de oídos escuchaban lo que el guion del narrador iba diciendo en voz amplificadora: “Universidad Saludable es un programa” —no un proyecto—. Un programa que hoy nace y nunca muere, mientras viva la UPB, y que ha ido surgiendo después de una gran espera de conceptualización y maduración práctica sobre la salud y la comunicación para el desarrollo. Estrategia ésta última que sirvió para llevar a cabo el estudio de factibilidad y aplicación teórico-práctica de la Promoción de la Salud (PS) en el colectivo de la UPB, en cuya idea tuvo mucho que ver el análisis crítico del caso de Versalles, municipio colombiano situado en el Valle del Cauca, distinguido con el premio Municipio Saludable por la Paz en el momento en que la OMS/OPS lo enseña con orgullo en todas partes como una experiencia sin par del desarrollo de la promoción de la salud en el mundo, y como la ruta más certera para caminar por la utopía de la nueva visión de la salud.

Este creativo proceso de desarrollo de Versalles, rico en logros que han sido asumidos por la comunidad como resultados parciales, nunca totales, ni finales, muestra un andar

pausado pero seguro, una concepción holística, una participación ciudadana plena de dinamismo y entusiasmo poco comunes, lo que ha hecho de él el municipio más pacífico de Colombia, y el de más bajas estadísticas en problemas de salud. Y como si esto fuera poco, el que puede brindar un ejemplo de manejo del medio ambiente con resultados equiparables a los de los países nórdicos.

El locutor, un buen animador de la jornada, después de una pausa de música, continúa entusiasmado: “Esta mañana sembramos el árbol símbolo del programa: un guayaacán amarillo, especie colombiana de gran belleza y durabilidad, que se destaca en medio de un bosque en formación que nos recuerda el mutualismo y la simbiosis propios del programa”. Con esta ceremonia, se inicia el camino para desarrollar una salud concebida, más allá de la ausencia de enfermedad, como la estética que hace de la vida una obra de arte, un arte nuevo que se llama “promoción de la salud”, una deuda que tenemos con nosotros, los otros y lo otro.

Esta visión positiva de la salud se posesiona hoy en el mundo como la vía más promisoriosa para que los colectivos diseñen con lo suyo y a su manera —pero de forma participativa— el sueño de morar el mundo de forma más justa, armoniosa, conviviente, placentera y ética. Visión holística, positiva, articuladora e integral de la salud que, sin centrarse en la enfermedad, su prevención, curación y rehabilitación, abarca el entorno de la vida en todas sus relaciones, dimensiones y manifestaciones. Por esto, se convierte en una alternativa compleja e inter-trans-disciplinaria, lo mismo que en un modo de construir con los sujetos/actores, la calidad de vida y el desarrollo que determinan el bienestar de quienes la conforman como colectivo. Es entonces el mejor momento para iniciar la ruta de una universidad saludable que abraza una comunidad de más de 14.000 miembros.

Aunque el ambiente de ese martes es cada vez más festivo, no alcanza a opacar la voz del locutor: “La promoción de la salud considerada como el nuevo paradigma de la salud tiene sus raíces en tiempos antiguos, aunque sólo comenzara a consolidarse a partir de 1986, mientras paralelamente se desarrollaba la siempre visión medicalizada de la salud que cumple cientos de años de historia como enfermedad. Por tanto, de tal historia han estado ausentes el bienestar, la calidad de vida, una movilización ciudadana, la felicidad, los derechos, un *picnic* con los amigos, unas copas de vino, el juego, un baile, un beso...”. Y aquí sube el tono para decir: “Y la paz de un bosque florido de un país en desarrollo...”. Y lo más dramático es que este doliente enfoque ha desmembrado la verdadera trinidad de la vida, esas tres personas distintas para un solo dios verdadero: vida, enfermedad y muerte. Y en consecuencia, ha invertido más talentos y recursos en la enfermedad, lo que ha ido socavando la cultura hasta convertirnos en cuerpos pasivos, seres inmóviles frente al poderío del reino económico de la enfermedad y su estrategia: el consumo dependiente de citas, médicos, clínicas, fármacos y tecnologías.

Debido a esta tajante separación, el desarrollo entonces ha mirado siempre la salud bajo la óptica de costo-beneficio, es decir, de ganancia o pérdida para el sistema, y como tal, se ha venido planeando, ejecutando y controlando.

Mientras esas palabras fluían en el ambiente, algunos jóvenes estudiantes escalaban muros, otros pintaban graffitis y unos, bien creativos, hacían un rico asado. Y todo sucedía en plena universidad, ¡qué delicia...! El paisaje era de gorras, colores y calor, en el instante en que las comidas saludables hacían su debut en las cafeterías y un mercado de la ciudad ofrecía una atractiva degustación de frutas. Los árboles-símbolo convertidos en portamensajes de gran formato y dispuestos en varios espacios se brindaban para la expresión libre y participativa. Allí la gente se atrevía a decir: “Esta universidad es muy costosa y los baños son espantosos, no tienen nada de saludables”. Muchas de estas opiniones sumadas empezaron a mostrar un panorama de simpatías en pro y otro de dolores en contra de la UPB.

Diego, como animador de la fiesta, imprimía al texto leído una emoción contagiosa. Repetía una y otra vez que la ceremonia era la celebración de un programa que iría desarrollándose en fases. La primera, “comunicarte para sanarte”, correspondía a la etapa diagnóstica, donde el inicial y mejor propósito era consultar la emoción, parte vital de los rechazos y la aceptación, para que tanto la alabanza, el reclamo y el deseo, como el rechazo mismo, hicieran parte del momento del acercamiento y la sensibilización al programa Universidad Saludable.

Ahora entraba una voz femenina argumentando que, en buena hora desde 1986, la promoción de la salud comenzó a cambiar las mentalidades de los sujetos y Gobiernos que siempre habían entregado el control de la salud a los trabajadores o especialistas de la misma, quienes se convirtieron en los amos dictadores de un asunto que se dirime con la interlocución entre dos sujetos, uno de los cuales no es un paciente, ni un cliente, sino un sujeto de derechos activo y responsable. Este gran motivo ha hecho que, a pesar de los billones de empleados en aliviar a la humanidad y de los buenos oficios de la OMS, que se empeña en definir la salud como el equilibrio entre lo bio-físico-social, ésta siga igual y en el imaginario colectivo del mundo occidental continúe primando el concepto de sanación, alrededor de la maquinaria potente del negocio de la enfermedad, en sus dimensiones médicas de prevención abordada tímidamente, curación y rehabilitación costosas, negocio que hoy crece a pasos agigantados en el mundo económico neoliberal cuando los sistemas de salud caminan a la privatización, donde el negocio es un negocio sin importar nada más. No en vano la “salud” privada, por lo menos en Colombia a partir de 1993, es hoy el sector más productivo y de más alto crecimiento en términos financieros. Ante situación tan paradójica, pareciera entonces que todos hubiésemos olvidado un principio tan simple como el que Gadamer resaltó en su texto *El estado oculto de la Salud*: “Estar sano no es estar curado” (Gadamer, 2002).

Ante la preponderancia de las dimensiones económicas del modelo mercantil de la salud en asuntos como la investigación, tecnologías, estrategias comunicativas y de mercado, se pueden observar pocas y muy tímidas acciones en salud pública dedicadas a la vida de los colectivos. Tesis que de ninguna manera pretende ignorar descubrimientos tan grandes como los alcantarillados y los acueductos, las vacunas, la higiene corporal y el

suelo de rehidratación oral, el más barato de los inventos y el que más vidas ha salvado en la historia de la enfermedad social.

Por estas razones, en la actualidad, se pueden vislumbrar los colectivos saludables como los únicos caminos para ir haciendo bienestar, porque en ellos la cultura permea a los individuos, que a su vez influyen en el ambiente. De esta manera, sólo existe la alternativa de acelerar nuestro incipiente proceso de humanización en armonía con la naturaleza, para que la calidad de vida se mejore. Y para el caso que nos ocupa, el nuevo programa Universidad Saludable tiene un fuerte argumento para posicionarse en la institución: somos lo que construimos entre todos. Nacemos y crecemos en medio de los otros y de lo otro... morimos a pesar de... somos un bosque, de ahí nuestro símbolo.

Es así como la vida misma y el programa Universidad Saludable se puede comparar con el guayacán amarillo llamado “el árbol de la vida”. Los argumentos que sustentan dicha analogía son múltiples. Uno es que la madera de su leño recto es muy valiosa por fina, resistente y versátil. Se la conoce mundialmente como *lignum vitae* o “madera de la vida” y se halla presente en catedrales de más de 400 años. Su versatilidad permite la construcción de artefactos duraderos de uso cotidiano y de delicados violines y quillas de fuertes navíos. Esta especie es considerada por muchos pueblos como un monumento natural biológico y cultural digno de formar parte de su patrimonio. Colombia lo destaca en su inventario turístico, como una maravilla digna de apreciarse en su paisaje verde de grandes extensiones, desde donde brota como una impactante mancha dorada.

Otro tiene que ver con que el guayacán amarillo de Colombia va tomando altura para desarrollar un buen sistema de ramas solidarias y protectoras. Su follaje es caduco, similar a la vida: por temporadas pierde todas sus hojas, especialmente por el estrés del verano. Pero cuando ya parece que va a morir, de sus desnudas ramas renacen como un milagro, efímeros pero espléndidos, ramilletes de flores hermafroditas de color amarillo brillante, que resaltan como un punto focal, ya en el verdor de las florestas o en medio del gris del asfalto de las calles y carreteras de las ciudades tropicales. Sus flores de carácter hermafrodita representan los dos sexos que conforman la UPB.

El simbolismo de la vida de esta especie está contenido también en su propagación generosa: de un kilo de semillas (60.000 semillitas) germinan aproximadamente un 95% de ellas. Y cuando éstas brotan del suelo, contribuyen a la formación de un bosque o una comunidad simbiótica (*sybiom*, palabra griega que quiere decir ‘vivir juntos varios organismos en interdependencia’). Dicho bosque como ecosistema es un lugar que por sus características ambientales ha permitido la formación y el desarrollo de entes que viven en conjunto, ayudándose unos a otros para nacer, crecer, madurar, reproducirse y morir.

“Nada más parecido a un colectivo saludable”, dice Patricia tomando el micrófono. Y en ademán de locutora estrella prosigue con la interpretación del guion: “Pero lo que no se nos debe olvidar es que la utopía de esa ciudad saludable se tiene que apoyar en esta famosa frase: ‘Las grandes civilizaciones se han hecho alrededor de un bosque’”. En buena hora entonces, universidades de los países del Pacífico asiático han tomado la iniciativa de

viajar por el camino Universidad Saludable, cuando muy pocas en el mundo están pensando en hacer de la promoción de la salud, la política integradora de talentos, recursos y programas en pro de la construcción de ciudades universitarias con una vida mejor para todos: centros de vida movidos por el negocio de la verdadera salud; pueblos sanos y, por ende, individuos sanos y cultura sana.

Al filo de las 2 de la tarde el *picnic* se acabó y la gente reanudó su labor cotidiana con el convencimiento de que, mediante un paciente proceso de transformación mental, se cambiará el paradigma viejo de la enfermedad, para aceptar la utopía (camino para transitar) de la salud como cultura. Ahora sí empezarán los bolivarianos a enterarse de todo lo relacionado con la Promoción de la Salud (PS) la que tiene una historia, que aunque bien fundamentada en sus principios, sólo a finales del siglo XX muestra su gran fuerza esperanzadora.

Esa historia parte de Grecia con Esculapio y las diosas Higea y Panacea siendo Hipócrates el representante de “la vida sana como fuente de riqueza”. Luego Roma materializó su eslogan “Mente sana en cuerpo sano” al mismo tiempo que Plutarco daba gran importancia al trabajo como fuente de vida. (No es despreciable entonces el sentido de la OMS frente al desempleo, al que considera el desencadenante más importante de la enfermedad.) “Galeno el más famoso de los médicos romanos, fue el primero en hablar de los prerequisites para la salud, libertad de pasión e independencia económica”. Fueron los romanos quienes sentaron las bases de las políticas salutogénicas: sistema sanitario, acueducto, baños públicos... La Biblia en su Antiguo Testamento está llena de alusiones para proteger la salud de los colectivos. Pero durante el cristianismo, se borró la importancia del cuerpo y nació la salud del espíritu, aunque el baño jugara un papel importante en la Edad Media (Restrepo, 2003, pp. 16-23).

Los árabes legaron a Occidente sus tratados de medicina e higiene con los que llamaron la atención sobre la nutrición y, por ende, sobre el cambio en las costumbres alimentarias. Sus hospitales eran lugares con bibliotecas, jardines, patios moriscos para la lectura y la narración de cuentos. El insomnio se combatía con suave música. Y a los reclusos en sus instituciones se les daba un subsidio pecuniario mientras se restablecían.

Los cristianos promovieron el cuidado del cuerpo como templo del alma. Y al igual que el catecismo de los católicos, los alemanes tuvieron su “catecismo de la salud”, obra del médico Bernard Christoph Faust, publicado en 1794. Se promulgaba allí la importancia de cuidar no sólo la propia salud, sino la de los demás para el bienestar de todos.

Milton Terris al hablar de los antecedentes de la promoción, se sitúa en la Escocia de 1820, donde William P. Alison dio cuenta de la estrecha relación entre las condiciones ambientales y la enfermedad. Las epidemias de cólera y tifus le confirmaron no sólo su tesis, sino también la necesidad de atacar las causas específicas de tales epidemias, y las de la miseria misma. En 1826 en Francia, Louis Villermè se pronunció sobre la relación pobreza-enfermedad, al ver el estado de morbilidad en los barrios bajos de París. El mismo Villermè hizo una investigación sobre las condiciones de los obreros europeos en los

telares de seda, lana y algodón. En la era de la Revolución Industrial surgió la idea de los “determinantes de la salud” en los obreros.

En este ámbito, es justo resaltar *La Declaración de Liverpool* (1894) porque contiene la concepción de salud más cercana al concepto de Promoción:

*... tampoco los que viven en angustia sordida continua por su propia vida, tampoco los que no pueden alegrarse el espíritu de vez en cuando. Estas cosas, que afectan más o menos la condición biológica del ser humano, son desde las que reclamo el derecho a vivir en buena salud.* (Citado por Restrepo Elena. Borrador de trabajo sin fecha.)

Los hechos anteriores, fueron perfilando el concepto positivo y holístico de la salud que dio lugar al término “Promoción de la Salud”, cuyos antecedentes más cercanos parten del historiador médico Henry Sigerist (1945) quien determinó las tareas de la medicina: “1) promoción de la salud, 2) prevención de la enfermedad, 3) el restablecimiento de los enfermos y 4) la rehabilitación”. Afirmó además que, “la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso” para lo cual pidió el esfuerzo coordinado de los políticos, los sectores laboral e industrial, los educadores y los medios (OPS, 1996, p. 38)

El doctor Sigerist no dudó en argumentar que la Promoción previene la enfermedad, pero exige medidas tales como: alcantarillado, educación, trabajo, recreación, vivienda, descanso, esparcimiento, salud materno-infantil e investigación; además de formación y atención médica, consejería y educación sanitaria: modelo de salud enfocado al desarrollo.

La petición angustiada de este historiador médico inglés se desatendió por 29 años, hasta que en 1974 el político canadiense Marck Lalonde puso en agenda pública tanto el tema de los estilos de vida y los factores ambientales, como el de los condicionantes de la salud y los escasos recursos asignados para conseguirla, contra los muchos destinados a la enfermedad. Esta perspectiva fue mucho más amplia y positiva, y reunió cuatro criterios orientadores: biología humana, medio ambiente, estilos de vida y organización de los servicios de salud.

Fue así como los norteamericanos Leavell y Clark sentaron las bases para la prevención con un esquema de higiene y sanidad basado en cinco elementos:

- Primero: Salud positiva, como fomento de la salud a partir de educación sanitaria, nutrición, desarrollo personal y atención sanitaria.
- Segundo: Protección, educación, inmunización y mejora de la parte económica.
- Tercero: Diagnóstico y tratamiento como proceso.
- Cuarto: Limitación de la invalidez, prevención de las enfermedades.
- Quinto: Rehabilitación como tercera función de la medicina (Entralgo, 1975, p. 403).

Para esa época, la categoría proceso-salud-enfermedad tuvo el logro de instaurar la variable “proceso” que involucra en sí lo dinámico, lo relacional, lo interactuante, lo gradual y la transformación, aspectos que remiten al término “vida humana”, donde caben todas las disciplinas del saber, el funcionamiento sistémico, la energía, la cultura, la cotidianidad, la racionalidad, los sentimientos, los macropoderes, los micropoderes y la posibilidad de descomposición y caos.

Esta nueva visión acarrea una pregunta: ¿cómo prevenir las “nuevas epidemias” sin atacar las causas más profundas, como son las de carácter social, político, económico y cultural? ¿Cómo curar una diarrea, sin luchar por conseguir agua pura? ¿Por qué separar la Medicina de las otras ciencias, cuando la medicina es considerada por muchos como la ciencia social por excelencia? ¿Cómo prometer mentirosamente acciones de Promoción de la Salud como un producto de mercadeo de las mal llamadas por Colombia Empresas Promotoras de Salud, sin apuntar a la erradicación de los condicionantes y riesgos del desarrollo? ¿Cómo trabajar la Promoción de la Salud sin considerar la inequidad como el principal condicionante de la salud en los países en desarrollo?

Sin embargo, en la historia de la salud, es notorio cómo el concepto de Promoción se fortalece cada día y con mayor firmeza a partir de varios hechos y escenarios como la Declaración del Alma Ata (12 de septiembre de 1978, Kasajstan, URSS) cuya Conferencia convocó a todos los Gobiernos y a la comunidad mundial a adoptar medidas urgentes para proteger y promover la salud de todos los ciudadanos del mundo. Su lema “Salud para todos en el año 2000” quedó como compromiso bandera del futuro mundial de la salud. Es de anotar que dicha reunión fue organizada por Unicef y la OMS, como un espacio dedicado a la Atención Primaria en Salud.

Más tarde, en 1984, la oficina de la OMS en Europa publicó un análisis crítico sobre el concepto de la Promoción que obligó a cambiar el enfoque. En el marco de esta discusión, se preparó la Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en la que se lanzó la Carta de Ottawa (1986). Auspiciada por el Gobierno de Canadá, congregó a varias naciones industrializadas y a muy pocos representantes de los llamados países en desarrollo. Treinta y ocho naciones firmaron la Carta (sólo las desarrolladas). Dicho documento declara que “las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en esos prerrequisitos”. (Carta de Ottawa, 1986, p. 367).

Por tanto, dichas condiciones son impensables para los países jóvenes y pobres. La Carta de Ottawa puntualiza que la Promoción implica: “la elaboración de una política pública sana, la creación de ambientes saludables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de aptitudes personales y la reorientación de los servicios de salud”. (Carta de Ottawa, 1986, p. 367).

Los países latinoamericanos y del Caribe al no participar en la reunión de Ottawa comenzaron a pensar en adaptar la Promoción a la problemática propia. Fue así como

la OPS/OMS convocó a la Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en Santa Fe de Bogotá (1992) en cuyo marco se elaboró la declaración “Promoción de la Salud y Equidad”, que esboza los términos de una salud positiva asumida como compromiso político.

La parte conceptual que sustenta el discurso de los principios de la Promoción habla por un lado de las estrategias de la salud que para la mencionada Carta de Santa Fe de Bogotá son tres: impulsar la cultura de la salud, transformar el sector salud con la Promoción de la Salud y movilizar un gran compromiso social para hacer de la salud un constructo político. Y, por otra parte, señala los compromisos de la misma Carta: impulsar un concepto holístico de salud; convocar e involucrar a todas las fuerzas sociales e incentivar políticas públicas saludables; afinar mecanismos de concertación y negociación intersectoriales e interinstitucionales; reducir gastos militares y otros inapropiados. Se compromete además, a fortalecer tanto el sector salud, como la capacidad de la población para adopción de estilos de vida saludables. En lo concerniente a la inequidad, habla de emprender la lucha contra este flagelo, lo mismo que de darle empuje a la participación de la mujer, estimular el diálogo de saberes y capacitar en el tema de la Promoción su teoría y aplicación, sin dejar a un lado lo vital que es la investigación para el desarrollo de la misma.

Sobra decir que estos compromisos fueron adquiridos por la UPB al abrazar la causa de la Promoción de la Salud. Dicha universidad cuenta con 70 años de historia y variados y numerosos programas. Todas las disciplinas del saber están reunidas. Lo que significa que sus talentos y recursos, de ahora en adelante, estarán articulados hacia la Promoción de la Salud como política o raíz de la Universidad Saludable. Su enfoque será poblacional de mirada holística, como la salida más efectiva para la salud, puesto que en forma paralela contempla las causas superficiales y profundas, las individuales y colectivas en su búsqueda del bienestar.

## 1. LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y SU POSICIÓN ESTRATÉGICA

Cambiar los comportamientos individuales es una tarea inacabada, es una empresa quijotesca que demanda todo el presupuesto de la salud. Cambiar el entorno tendrá efectos culturales duraderos que irán transformando los comportamientos individuales. La primera intención suele tener alcances (reducidos) en cada individuo. La segunda tendrá alcances poblacionales. En los cambios es indudable el papel que juega, ha jugado y jugará la comunicación. Sin embargo, la comunicación-salud está agotada de invertir dinero en iniciativas para convencer a la gente de adoptar conductas saludables, con el fin de lograr un mejor vivir. Al mismo tiempo, la gente está saturada de los sermones, de quienes llenos de la mejor intención pretenden conducir a esas mismas gentes por el “buen camino”, hacia el logro de una salud a toda prueba. Se necesitan nuevas soluciones.

En esta búsqueda de soluciones, surgen las políticas como un conjunto de principios, normas y aspiraciones para cambiar entornos, estructuras y reglamentar situaciones problemáticas de las sociedades. Las políticas se mueven en el terreno del poder: unas tienen que ver con el poder no separado del control (*health policy*). Otras miran hacia la democratización del mismo poder. Se trata de los nuevos actores/sujetos, en nuevos escenarios no institucionalizados. Es en este último espacio donde la Promoción de la Salud tiene grandes perspectivas, en cuanto a cambios acordes con las culturas y las motivaciones individuales de las personas.

La Promoción de la Salud como política sigue siendo la más integral de las políticas a favor del desarrollo colectivo y, por ende, del individual. Esta política se enmarca en una perspectiva sociopolítica de carácter ecológico, y permite procesos de construcción de ciudadanía, de legitimidad que, por ende, terminan en movilización social, toma de decisiones, negociación, presión y definición de políticas públicas de salud, saludables o favorables a todos los sectores de la población, como mandatos aceptados y garantizados en su autenticidad por la sociedad. Con las políticas se asegura en el tiempo el interés general de la sociedad: vivir la vida en condiciones que permitan su pleno goce y que éste no se diluya con los vaivenes de los intereses no sanos, egoístas y particulares.

## 2. POR QUÉ UNA POLÍTICA COMO LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

Nancy Milio, una de las personas más reconocidas mundialmente en el tema de políticas públicas en salud y saludables, presenta las razones para justificar un programa basado en una política de Promoción de la Salud:

*[...] Alrededor de la mitad de las empresas más poderosas de los EU, según Fortune 500, tiene programas de "bienestar" que absorben el 0,1% de sus beneficios netos, en contraste con los gastos que le supone la cobertura de salud de sus empleados que equivalen al 24% de dichos beneficios. En todo el país, la magnitud de este esfuerzo por reducir gastos abarca a las dos terceras partes de los centros de trabajo con más de 50 trabajadores que afirman disponer de programas de promoción de la salud... El enfoque típico de un programa de Promoción de la Salud en un centro de trabajo consiste en intentar modificar los hábitos del trabajador y no las condiciones en las que trabaja. Se trata, fundamentalmente, de diseños con los que el patrocinador obtiene las mayores ganancias a corto plazo, pero que no siempre producen las mayores ganancias para la salud de los empleados. Por ejemplo, el más popular de los programas de "Bienestar" entre los empresarios es el de los "exámenes físicos" y el de estilo de vida a partir del ejercicio y dejando de fumar. Sin embargo, los programas de reducción del riesgo tienden a tener un solo componente con diseños de "arriba hacia abajo" que, como se sabe, son los que resultan menos eficaces en lo que al cambio de comportamiento a largo plazo se refiere. (Milio, 1996, p. 51).*

Milio resalta que la Ley de Medio Ambiente Laboral de Suecia integra sectores con criterios de salud definidos en una política que no se limita a los servicios de salud y edu-

cativos, sino que convoca a empleados y empleadores a construir participativamente un entorno laboral favorable al desarrollo del bienestar individual y de la colectividad. Esta política o mandato se interpreta como el camino o ideal para transitar por una calidad de vida con un nivel que la mayoría desea: “La maquinaria organizativa necesaria para desarrollar la política comprende delegados, comités conjuntos de trabajadores y directivos, financiación, planes investigación, evaluación, procesos de decisión...”. Esta experiencia, como un camino, ha dejado ya una primera lección: “Se comprobó que los asalariados sólo desarrollan iniciativas cuando la información va acompañada de diálogo, intercambio de experiencias, resolución conjunta de problemas y participación en la toma de decisiones” (Milio, 1996, p. 55).

Por tanto, se hace el esfuerzo de escuchar a los trabajadores en sus experiencias y se les invita para la toma de decisiones en grupo, donde nadie, ni las cabezas, tiene más poder. Es decir que los asuntos llegan a la agenda sólo cuando los interesados tienen suficiente fuerza como para impulsarlos. Una política “no se impone”, se posiciona cuando cumple condiciones mínimas de legitimidad, factibilidad y respaldo social. Es una directriz generada como manera de proceder, es un mandato cuando está legitimada por las mayorías.

Otro argumento a favor de la Promoción de la Salud radica en las ideas que han surgido de estudiosos y visionarios como éste: “Los programas de Promoción de la Salud pueden ser llevados a cabo más correctamente por las organizaciones universitarias, gubernamentales o comunitarias sin ánimo de lucro. Los mejores de ellos serán los que enfoquen la salud de una forma integradora” (Gordon, 1996, p. 55).

La salud enfocada en los estilos de vida o comportamientos individuales de riesgo es ineficaz porque se descontextualiza del fenómeno, de los factores de riesgo y no toma en consideración los elementos de la cultura que hacen mantener tales comportamientos. La intervención dirigida hacia el cambio de los comportamientos individuales podría no ser el camino correcto, dice John B Mckinlay Director del Centro de Salud y Estudios políticos avanzados de la U. de Boston EU.

### 3. ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD HACIA UNA UNIVERSIDAD SALUDABLE UPB: CONCEPCIÓN Y EXPLICACIÓN DEL ÁRBOL PROGRAMA

El concepto de estrategia incluye una adecuada percepción de la realidad que conjuga el ideal o lo deseable del programa, con la política y con lo real, como presente unido a la historia que se configura en la base de esa realidad.

La estrategia es el puente por donde transita el ideal. Es también el conjunto de decisiones fijadas que juntan elementos del proceso organizacional, como la misión y la visión con las preguntas cómo, con qué y con quiénes se va a lograr que los objetivos estén al servicio del ideal, en este caso, la construcción permanente de esa Universidad Saludable.

El tronco o las estrategias que sostienen el programa-árbol de la Universidad Saludable UPB (el cual es alimentado y fijado por la raíz o política de Promoción de la Salud) se compone de dos partes: 1) del corazón, o parte dura interna de la corteza del tronco, y 2) de la albura, o parte externa del tronco del árbol. A su vez el corazón está formado por tres estrategias: participación, ecología e investigación.

- Participación: es el principal componente de una estrategia, nutriente más importante de la savia que alimentará el programa. Sin las motivaciones, el compromiso y la inclusión de los actores en la toma de decisiones, y sin las relaciones comunicativas, el concurso en las evaluaciones, la integración de diversos actores, sujetos, sectores y actividades, la política será sólo una imposición mal recibida.
- Ecología: la visión cíclica sistémica de la vida se fundamenta en principios de organización comunes a todos los seres vivos y ecosistemas. Esta serie de criterios directamente relacionados con nuestra salud y bienestar son identificados como los principios de la ecología. La tendencia de hoy es utilizarlos como líneas maestras para la construcción de comunidades humanas sostenibles. Estas líneas son: redes de interacción-comunicación; ciclos donde los flujos constantes de interacción con el medio producen residuos que no son desechos, sino recursos o insumo para otro sistema; energía del sistema que impulsa los ciclos; asociación sustentada en la cooperación (la vida no se extendió por el planeta por medio de la lucha, sino por la cooperación, la asociación y el funcionamiento en red); diversidad, porque los ecosistemas alcanzan estabilidad y resistencia gracias a la complejidad de sus redes ecológicas, así a mayor diversidad, mayor resistencia; equilibrio dinámico, debido a que todo ecosistema es una red flexible en fluctuación perpetua. Esta flexibilidad es consecuencia de múltiples bucles de retroalimentación que dan al sistema un equilibrio dinámico y en consecuencia ninguna variable es más importante que otra. Esta estrategia es la base del ecodiseño.
- Investigación: tenida en cuenta no sólo como punto de partida, sino en todos los pasos del programa de Universidad Saludable, no únicamente como elemento previo a la toma de decisiones, sino en cada uno de los momentos de medición, evaluación de resultados y dinamización del proceso, siempre considerando las preguntas: ¿cómo partir del otro con la pedagogía de la pregunta del “pero, ¿por qué?”; ¿cómo satisfacer las expectativas del mismo programa y de sus constructores?; ¿cómo trabajar por fases basadas en un conocimiento-reflexión-acción? Es decir, hacer uso de la investigación como un acto social o un acto de muchos y para muchos.

La albura (engloba y protege todo el tronco) es su parte externa y en el caso Universidad Saludable UPB, simboliza la estrategia “Comunicación para el Desarrollo” desde la visión latinoamericana que se aparta del difusionismo para centrarse en un proceso democrático relacional de diálogo y/o dialógico que plantea disensos o acuerdos y senti-

dos compartidos, no siempre con resultados consensuados, aunque sí mayoritarios propiciando la reflexión y orientándose por la investigación-acción-participación. Se trata más de educación que de información, pero donde la información tiene en cuenta motivaciones y cultura. Una comunicación en y para la movilización de ideas y recursos. Una publicidad y mercadeo de carácter social con el sello de la investigación participativa. Una comunicación tanto para la organización de comunidades autosostenibles, como para un desarrollo de la salud, que tiene en cuenta el modelo y el concepto de salud que se quiere alcanzar con el concurso de todos. Una comunicación, además, dinamizadora de una cultura y una ciudadanía por la salud. Una comunicación para la difusión de resultados de procesos cuyos productos propician reflexiones y acciones.

#### 4. SEIS RAMAS, SEIS PLANES

Se incorporarán los proyectos temáticos disciplinares e interdisciplinares del colegio, las escuelas con sus programas, institutos, centros o divisiones:

- Plan de desarrollo de un entorno saludable.
- Plan de desarrollo de proyección a la sociedad.
- Plan de desarrollo de una estructura gerencial.
- Plan de desarrollo de reorientación de los servicios y recursos.
- Plan de desarrollo de aptitudes saludables.
- Plan de desarrollo continuo de captación en el concepto de Promoción de la Salud.

##### PLAN DE DESARROLLO DE UN ENTORNO SALUDABLE

- Manejo integral de residuos sólidos como fuente de riqueza.
- Paisajismo-bosques-jardines-fuentes.
- Reubicación de los vehículos y cultura vial.
- Sitios de descanso.
- Ergonomía.
- Recreación-deportes-cultura.
- Oratorios y sitios ágora.
- Estructuras para trabajo en equipo.
- Control del ruido en los sitios de lectura.
- Senderos: ecológico y peatonales-ciclovías.
- Jardín botánico y aula ambiental.
- Proyecto académico en el área de urgencias, emergencias y desastres.
- Programa de fumigación institucional.

#### PLAN DE DESARROLLO DE PROYECCIÓN A LA SOCIEDAD

- Servicios de asesoría, consultoría y de participación en licitaciones (ejecución de proyectos).
- Facilitación y acompañamiento de procesos participativos.
- Articulación: centro de prácticas, prácticas académicas, IMA, ITEA...
- Semilleros de proyección social y voluntariado.
- Vinculación a la red de “Colectivos Saludables” y movimientos sociales.
- Movilización de la opinión pública y sensibilización a los medios masivos.
- Formación de primeros respondientes.
- Investigación multidisciplinar.
- Alianzas estratégicas multisectoriales.
- *Advocacy* (abogacía) por las políticas públicas y el derecho a la salud.
- Proyección a las seccionales y sus comunidades.

#### PLAN DE DESARROLLO DE UNA ESTRUCTURA GERENCIAL

- Proyecto gerencial “Sistema de Salud UPB” que contenga en su estructura los lineamientos de desarrollo del Comité de Participación Comunitaria (CPC); además de:
  - Subproyecto de articulación con toda la vida de la UPB, sus proyectos y públicos.
  - Subproyecto de dirección administrativa de la Universidad Saludable.
  - Subproyecto de coordinación de la participación genuina de los actores.
  - Subproyecto de concertación entre las partes internas y externas.
  - Proyecto de comunicación.

#### PLAN DE DESARROLLO DE REORIENTACION DE LOS SERVICIOS Y RECURSOS

—HACIA UN TRABAJO INTEGRADO EN PRO DE LA SALUD—

- Del manejo saludable de los servicios de alimentación y nutrición en cafeterías.
- De entes como : mercadeo, biblioteca, egresados, emisora, relaciones públicas y comunicaciones, relaciones laborales, campus creativo, centro de producción audiovisual, consultorios jurídicos, clínica, servicios generales, plan maestro de vicerrectorías: académica, financiera y de docencia, y otros.

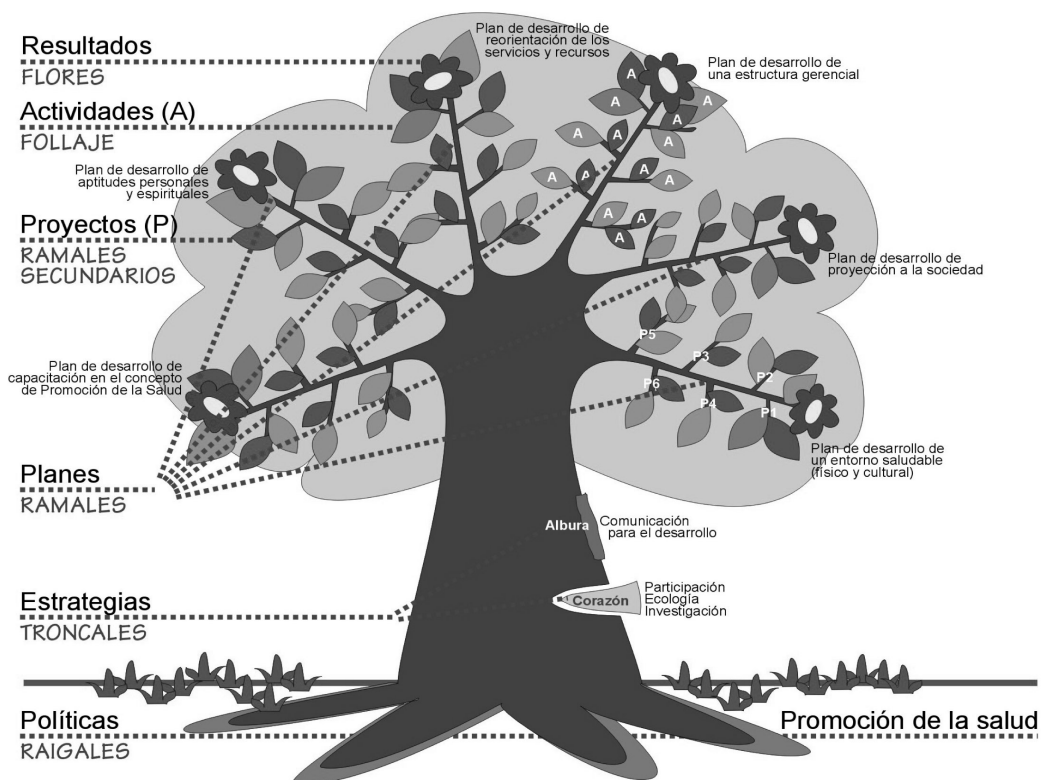
#### PLAN DE DESARROLLO DE APTITUDES SALUDABLES

- Suficiencia e idoneidad.
- Proyecto de espiritualidad.
- Proyecto de salud mental y sanación. Formación de la autonomía-responsabilidad. Convivencia y conciliación.

- Proyecto sociocultural.
- Proyecto de estilos de vida saludable.
- Proyecto de política sanitaria integral.
- Proyecto educomunicativo de prevención, atención y rehabilitación de la enfermedad.

PLAN DE DESARROLLO CONTINUO DE CAPACITACIÓN EN EL CONCEPTO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

- Proyecto de capacitación e investigación en el tema “Colectivos Saludables”.
- Proyecto de escuela saludable con el Colegio UPB.
- Proyecto académico eje Promoción de la Salud (que permee los currículos en todos los programas y ejes de formación de la UPB, desde el preescolar pasando por formación avanzada y educación continua, además de cualificación docente).
- Proyecto de educación en Promoción de la Salud-Salud Ocupacional, para empleados.
- Articulación al Proyecto de inducción y reinducción.



# PROGRAMA UNIVERSIDAD SALUDABLE

*Flores* : resultados. - *Frutos*: semillas que dan vida a nuevos árboles que van formando el bosque.

## BIBLIOGRAFÍA

ENTRALGO, L. (1975): *Historia universal de la medicina*. Madrid: Salvat Editores.

ESPINOSA R., H.: *Municipios saludables por la paz: marco de referencia para su implementación*. Documento Técnico. Ministerio de Salud (confidencial).

GADAMER, H.-G. (2001): *El estado oculto de la salud*. Barcelona: Gedisa Editorial.

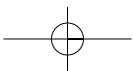
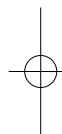
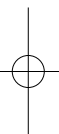
MILIO, N. (1996): "Búsqueda de los beneficios económicos con la Promoción de la salud". En: *Promoción de la Salud: una antología*. Washington DC: OPS.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1996): "Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública". En: *Promoción de la Salud: una antología*. Washington DC: OPS.

— (1996): "Carta de Ottawa, 1986". En: *Promoción de la Salud: una antología*. Washington DC: OPS.

— (1996): "Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, 1986". En *Promoción de la salud: una antología*. Washington DC: OPS.

RESTREPO/MÁLAGA (2003): *Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable*. Colombia: Editorial Médica Panamericana.



# Estrategias para prevenir la insatisfacción corporal de las jóvenes ante la influencia de los estímulos audiovisuales

M.<sup>a</sup> VICTORIA CARRILLO  
ANA CASTILLO

## INTRODUCCIÓN

La fuerte proliferación de la “cultura audiovisual” ha desencadenado la alarma frente a la influencia social de la publicidad y en general frente a los medios de comunicación como transmisores de valores (Benavides, 2003) y en ocasiones, de “contravalores”. Este hecho ha puesto de manifiesto la necesidad de controlar y fomentar el uso adecuado de la comunicación persuasiva.

El medio televisión es un importante transmisor de publicidad y ocupa el primer puesto en inversión publicitaria (Infoadex, 2006). Además es vehículo de estereotipos fuertemente asentados en la sociedad (León, 1996). También se erige como emisor de imágenes, que en poblaciones sensibles a estereotipos como la belleza, la delgadez, la moda... —por ejemplo, enfermos de trastornos de la conducta alimentaria (TCA): anorexia y bulimia<sup>1</sup>— podrían influir en su actitud, de modo distinto que en población sana.

Este trabajo se centra, en este caso, en la investigación de la influencia de la publicidad de televisión y sus estrategias, tomando como indicador de la misma, el nivel de recuerdo de un conjunto de anuncios, en una población enferma y otra sana.

La publicidad se ha considerado, en ocasiones, un elemento más del contexto social, posible detonante de insatisfacción corporal (Toro, Salamero, 1995; Nagel, Jones, 1992) y, por ende, mantenedor de trastornos relacionados directamente con la insatisfacción corporal, como son los TCA (Morandé, 1995), de ahí la importancia de investigar sus estrategias y alcance, y poder concretar:

- Qué tipos de publicidad y qué estrategias de comunicación publicitaria vigentes pueden influir en la insatisfacción corporal de jóvenes sanas y enfermas de TCA.

---

1. La anorexia y la bulimia son trastornos de la conducta alimentaria; enfermedades mentales que afectan, sobre todo, a mujeres adolescentes con predisposición a querer adelgazar, reduciendo la ingesta de alimentos hasta la inanición (anorexia) o mediante “atracones” de comida que luego vomitan, o intentan quemar por el ejercicio compulsivo, la ingesta de laxantes y diuréticos... (bulimia).

- Qué grado de influencia de la publicidad de televisión existe en una población sensible a estímulos publicitarios de culto al cuerpo (enfermas de anorexia y bulimia) frente a una población sana.
- Qué aspectos de las estrategias deberían modificarse para prevenir la insatisfacción corporal.

## 1. ANTECEDENTES Y ESTADO DE LA CUESTIÓN

La insatisfacción corporal está relacionada con los TCA, de modo que no es común describir casos de anorexia y bulimia nerviosas sin experimentar esta insatisfacción. Por otra parte, también se puede sufrir disconformidad con el cuerpo sin padecer TCA (Perpiñá, 1989, p. 116).

El tema de los TCA ha sido tratado desde distintos puntos de vista, pero quizá no de forma conveniente en lo que se refiere a la influencia real de la publicidad en ellos, o como posible desencadenante de insatisfacción corporal.

El carácter multicausal de los TCA se centra fundamentalmente en elementos de tipo personal, familiar y social (Toro, 1996; Carrillo, 2002). Hay autores que sostienen que los factores de tipo social son influyentes en la percepción corporal (McCabel et al. 1994) siendo elementos motivadores y perpetuantes del deseo de adelgazar, por otra parte, muchos estudios manifiestan una importancia mayor de factores de tipo personal y familiar en el “desenlace” de un TCA (Gómez, 1996; Morandé, 1995) y, en todo caso, mayor importancia de los factores sociales en el “mantenimiento” del trastorno, una vez que ya existe. En esta línea, se ha profundizado en el estudio de las enfermedades de la conducta alimentaria desde una perspectiva sociocultural (Toro y Salamero, 1995), delimitándose el efecto de elementos como la moda, la información y la publicidad (Carrillo, 2002), intentando ubicar a ésta dentro del contexto y diferenciar su influencia de la de otras manifestaciones que tienden a confundirse con los mensajes publicitarios (sobre todo la información y la moda). La necesidad de avanzar en el estudio de la influencia de la publicidad da lugar al propósito de nuestro trabajo actual: profundizar en su influencia sobre la insatisfacción corporal de las jóvenes.

Por otra parte, parece asociarse la insatisfacción corporal, sobre todo con la publicidad de productos adelgazantes, y en esta dirección también se realizó una investigación utilizando la metodología de Rasch (Álvarez y Carrillo, 2004), desarrollada para medir variables latentes y aplicada en este estudio para evaluar la influencia de algunos factores sociales en la “tendencia a adelgazar”, que era la variable latente. Este estudio manifiesta que la publicidad de productos *light*<sup>2</sup> influye en la decisión de adelgazar, de forma similar en

---

2. En el contexto de la investigación se entiende productos *light* o *adelgazantes* aquellos que basan su estrategia en conseguir adelgazar o evitar engordar, por ejemplo: productos bajos en calorías, pastillas... Se diferencia, en la investigación, este concepto del de “Producto de belleza”, en donde se engloban aquellos productos que presentan su estrategia basada en la mejora estética o cosmética de cuerpo y rostro.

la muestra enferma y en la sana, si se compara con la influencia de otros factores del contexto sociocultural. En este estudio no se sometió directamente a la muestra a publicidad. Por otra parte, Myers y Biocca (1992) sí expusieron a la muestra a una programación relacionada con el culto al cuerpo, manifestándose que las jóvenes se sentían insatisfechas con su cuerpo tras la exposición.

Hay que destacar que toda la programación a la que se expuso a la muestra, en el estudio citado, estaba relacionada con el culto al cuerpo. En este momento, se manifiesta la necesidad de analizar la influencia de la publicidad sobre una muestra, pero no sólo de publicidad de culto al cuerpo, sino de una selección de publicidad de diverso tipo. Así podremos decir qué elementos de la publicidad o tipos de publicidad son más influyentes en la insatisfacción corporal, y cómo son percibidos por la muestra de personas sanas y de enfermas.

## 2. SELECCIÓN DE LAS VARIABLES

En este momento, y respondiendo a la necesidad que acabamos de enunciar (¿qué elementos de la publicidad o tipos influyen en la insatisfacción?), debemos seleccionar adecuadamente las variables a observar, para luego ver cómo han influido efectivamente. Este paso es fundamental y ha respondido a un estudio exploratorio previo en el que se han definido los tipos de publicidad susceptibles de utilizar en sus estrategias elementos capaces de alterar de algún modo la satisfacción corporal de las jóvenes.

A priori, las variables pueden corresponder a elementos presentes en las estrategias de publicidad de forma explícita (como el tipo de producto y las imágenes que aparecen en ellos) o de forma implícita (la promesa que comunica). En base a este criterio previo, las variables controladas definitivamente en la investigación se derivaron de los siguientes aspectos.

### VARIABLES DERIVADAS DEL TIPO DE PRODUCTO ANUNCIADO

La influencia de la publicidad viene, en gran parte, por el interés del consumidor en un producto. De este modo, nos interesa la publicidad de aquellos productos que pueden interesar a la muestra y estar relacionados con el culto al cuerpo.

En esta línea había que definir qué tipos de productos serían objeto de la investigación, y así poder seleccionar publicidad de ellos para el experimento. De este modo, se seleccionaron algunos productos cuya publicidad se considera influyente en la población femenina joven y posiblemente influyente en la insatisfacción corporal:

1. **Productos adelgazantes o *light*.** Hemos de advertir que la denominación de “productos adelgazantes” incluiría también a los productos “no engordantes”, lo que sucede

es que se conocen comúnmente con la primera denominación, o como “productos *light*”. Existe relación de estos productos con la insatisfacción corporal, cuando ésta es provocada por el descontento con el peso corporal. De este modo, aunque la insatisfacción corporal se relaciona también, directamente, con conductas como el ejercicio físico, la hiperactividad... está igualmente relacionada con la decisión de hacer dieta, y ésta a su vez con la elección de consumir productos bajos en calorías, adelgazantes, “no engordantes” o *light*. De ahí la importancia de valorar la publicidad de estos productos en el desenlace de la insatisfacción. Por esta razón, en este trabajo, se explicarán las diferencias que la influencia de esta publicidad pueda tener, en una muestra adolescente sana y en otra más sensible a la insatisfacción corporal, como son las enfermas de TCA.

2. **Productos dirigidos eminentemente a la juventud.** Los productos dirigidos a la juventud influyen en sus cogniciones y actitudes, porque se manifiestan cercanos a sus deseos materiales y a sus aspiraciones. La ropa, los perfumes... se identifican como productos que pueden ser de interés para las jóvenes y estar implicados en su satisfacción corporal y, por tanto, ser susceptibles de someterse a observación.
3. **Productos de alimentación.** La alimentación está relacionada con la satisfacción corporal por estar vinculada no sólo con el adelgazamiento sino también con las emociones. En la cultura occidental el alimento es un elemento cultural, ya que multitud de conductas, no necesariamente relacionadas con la necesidad de alimentarse, se generan en torno a la comida: encuentros, celebraciones... Muchas mujeres, en mayor medida que los hombres, desarrollan una relación emocional con la alimentación (Baas et al., 1979) y comen cuando están contentas, cuando están tristes, cuando sienten una carencia... Incluso biológicamente, el ciclo menstrual está relacionado con la ingesta de una serie de alimentos dulces o salados en determinados momentos (Gómez, 1996).

#### VARIABLES DERIVADAS DE LAS IMÁGENES QUE APARECEN

En muchos casos, las imágenes que aparecen en el anuncio atraen más al público que el propio producto. Podemos percibir con agrado un determinado estímulo, independientemente de que el producto al que alude sea de nuestro interés. Este hecho obliga a tener en cuenta qué tipos de imágenes son relevantes para una muestra joven femenina y se relacionan con la satisfacción corporal.

1. **Imágenes de mujeres especialmente delgadas.** A priori, podemos decir que la insatisfacción corporal se relaciona con el visionado de estas imágenes, lo que no significa que éstas se vean sólo en la publicidad, también se pueden manifestar en la información o la moda. Información y moda son formas del contexto social, diferentes a la publici-

dad. A escala popular se tiende a identificarlas erróneamente como lo mismo (Carrillo, 2005). Las tres manifestaciones forman parte de la cultura del culto al cuerpo, donde se tiende a premiar el adelgazamiento con éxito y a condenar la obesidad con fracaso (Chernin, 1981; Gómez, 1996; Toro, 1996), de ahí el interés por estas imágenes.

En este sentido, la publicidad puede presentar, a veces, imágenes de mujeres muy delgadas, que se dan más en la publicidad de moda, por lo que suele existir mayor simbiosis entre la “hiperdelgadez” y la moda, que entre la “hiperdelgadez” y la publicidad (Carrillo, 2001). En muchas ocasiones, ni siquiera cuando se anuncian productos adelgazantes se presentan este tipo de imágenes excesivamente delgadas, puesto que no resulta atractivo. En este caso, se puede decir que las estrategias de publicidad (Carrillo, 2001) de culto al cuerpo, o que se relacionan con la belleza y el adelgazamiento, en términos generales, presentan recursos persuasivos diferentes a los que “se presume” son usados en este tipo de publicidad de productos adelgazantes:

- Suelen ser más comunes los argumentos racionales que los emocionales. Usar un argumento racional no significa que éste deje de ser persuasivo, sino que es frecuente dar razones de por qué el producto adelgaza, por ejemplo “porque contiene té rojo”, “porque quema la grasa”...
  - La presencia femenina está menos presente y si aparece, no suele tener un aspecto de extrema delgadez. Por otra parte, estas imágenes delgadas son más comunes en anuncios donde no se muestran productos adelgazantes, como los anuncios de firmas de moda, perfumes... (Carrillo, 2002).
2. **Imágenes que presentan culto al cuerpo, belleza...** Muchas veces se reduce el culto al cuerpo al adelgazamiento, cuando es evidente que el culto al cuerpo es algo más complejo, y está relacionado también con la belleza, la estética, el ejercicio físico, la alimentación... En este sentido, se estima oportuno definir esta variable de forma independiente a la anterior (imágenes de mujeres muy delgadas) para no reducir el concepto de culto al cuerpo al adelgazamiento.
  3. **Imágenes que presentan conductas relacionadas con malos hábitos alimentarios.** Otro tipo de imágenes usadas en las estrategias publicitarias, que interesa destacar, son las que muestran conductas que podrían desarrollar insatisfacción corporal o que reproducen comportamientos ante la alimentación, parecidos a los de enfermas de TCA. Por ejemplo, imágenes de platos elaborados con pocas calorías o desequilibrio de nutrientes, imágenes de ejercicio compulsivo... se manifiestan cercanas a estas enfermedades y podrían reforzar un sentimiento previo de insatisfacción.

#### VARIABLES DERIVADAS DE LA PROMESA O MENSAJE QUE TRANSMITE

Como hemos considerado al principio de este apartado, las variables a definir no sólo se refieren a la influencia explícita que determinados elementos de las estrategias de publi-

dad pueden tener. También es importante valorar la influencia implícita de elementos como la promesa que se transmite, o el beneficio máximo.

1. **Protagonismo femenino frente al masculino.** En nuestra sociedad, todavía en muchos casos, el papel de la mujer alcanza su significado tomando como referente al hombre, debido en parte, a la sensación de inferioridad en la que la sociedad ha educado a las mujeres (Gómez, 1996). De este modo, muchas veces, la satisfacción femenina se manifiesta en la estrategia publicitaria, cuando el beneficio o promesa deja claro el protagonismo de la mujer frente al varón.
2. **La autoestima.** Otra promesa relacionada con la satisfacción es aquella que destaca la autoestima femenina (O'Dea y Caputi, 2001) y la capacidad de alcanzar éxito, a pesar de otros condicionantes en contra.

#### VARIABLES DERIVADAS DE OTRAS CAUSAS NO RELEVANTES

Por último, la presencia de variables centradas en otros recursos estratégicos usados en publicidad es fundamental.

1. Para aproximar el experimento a la realidad, donde la saturación publicitaria existente relativiza la influencia y calidad de la exposición a la publicidad, y donde hay mezcla de estrategias, intereses y propósitos de muy distinto tipo.
2. Por otra parte, no toda la publicidad es susceptible de influir en la satisfacción o insatisfacción corporal, por eso también deben estar representadas en nuestro estudio estas otras estrategias de publicidad.

### 3. HIPÓTESIS

En base al estado de la cuestión descrito, las hipótesis planteadas para este trabajo se derivan en parte de las conclusiones obtenidas en estudios anteriores, y pretenden abundar en el conocimiento de la influencia de las estrategias de publicidad de televisión.

- **Hipótesis 1.** Las estrategias de publicidad se presumen más influyentes en el “mantenimiento” que en la “causa” de la insatisfacción corporal.
- **Hipótesis 2.** El nivel de influencia en la satisfacción o insatisfacción corporal de las estrategias de publicidad (medidas a través del recuerdo) se considera similar en la muestra enferma y la sana.
- **Hipótesis 3.** Las estrategias y recursos creativos usados en la publicidad se presumen influyentes en el recuerdo, por encima de la preferencia por el tipo de producto anunciado, en ambas muestras.

#### 4. METODOLOGÍA

Se ha planteado un diseño de investigación, con el objetivo de determinar el efecto diferencial de unas variables independientes, que toman la forma de estímulos publicitarios (*spots*) de distinto contenido (productos adelgazantes, de estética y belleza del cuerpo, de alimentación, de higiene personal, de ocio y tiempo libre...) en el recuerdo publicitario de una población enferma de TCA y otra población sana.

La fase experimental ha consistido en la realización de una prueba piloto, creando las condiciones adecuadas para medir la influencia de los estímulos publicitarios en una población enferma y otra sana, por medio del recuerdo.

Los test de recuerdo fueron experimentados, inicialmente, por el Instituto de Investigación Gallup & Robinson para la realización de pretest publicitarios y, posteriormente, han tenido un importante desarrollo como técnicas de postest publicitarios. Se fundamentan en la creencia de que la publicidad es más eficaz en la medida en que es mejor o más fácilmente recordada, ya que en estas circunstancias, la probabilidad de que se produzca el cambio de actitud y las conductas deseadas será mayor.

Esta idea es compartida por muchos académicos y profesionales de la publicidad, quienes consideran que el recuerdo es una medida relativamente válida y fiable; pero también es criticada por otros autores que señalan que el test de recuerdo presenta una escasa fiabilidad, por la gran cantidad de factores que pueden influir en sus puntuaciones.

A pesar de las críticas anteriormente reseñadas, Stewart (1986), Higie, Sewall (1991), Wells, Burnett y Moriarty (1992), (Beerli y Martin, 1999), establecen que los test de recuerdo siguen siendo utilizados por muchos anunciantes, porque son test que miden algo relacionado con la eficacia del anuncio. Si un anuncio se recuerda, es debido a que las estrategias desarrolladas eran acertadas, y si además se asocia a la marca anunciada, tenderá a ser más eficaz que un anuncio que ha impactado poco en la mente del individuo. Existen evidencias empíricas de la existencia de una relación entre el recuerdo y la actitud del individuo hacia el anuncio (Wells, 1964; Zinkhan, Gelb y Martin, 1983; Zinkhan, Locander y Leigh, 1986) (Beerli y Martin, 1999).

La prueba piloto ha consistido en la exposición directa a publicidad (incluida ad hoc en el contexto de una programación de televisión), con el fin de determinar el recuerdo publicitario posvisionado.

Los datos se han obtenido a través de un cuestionario semiestructurado con preguntas cerradas y abiertas. Incluía cuestiones referidas a las opiniones de la muestra sobre la emisión preparada al efecto, y sobre el recuerdo publicitario de la misma, distinguiendo entre recuerdo espontáneo (sin ayuda) y sugerido (con ayuda).

Los resultados de esta investigación se han extraído de la tabulación realizada de los cuestionarios pasados a la muestra. El programa informático usado ha sido SPSS 11.5, y los análisis efectuados:

- Además del análisis descriptivo de cada variable, para el contraste de las hipótesis se efectuaron los correspondientes test de hipótesis sobre proporciones.
- También hemos analizado las “variables de recuerdo” de forma multivariante, mediante análisis factorial de correspondencias (para variables no métricas).

La muestra deseada estaba formada por dos grupos del sexo femenino, enfermas de TCA y sanas, debido a la especial proliferación de trastornos alimentarios en este sexo —en donde se recogen 10 casos de enfermas por cada caso desarrollado en un varón (Toro, 1996)—, y por ser la mujer más propensa a consideraciones de tipo estético e insatisfacción corporal (Guillemot, 1994).

De forma separada, para el grupo enfermo y el sano se reprodujeron las condiciones de exposición a la publicidad de la forma más real posible. Se introdujeron dos pases publicitarios (de una duración aproximada de 2 minutos cada bloque de anuncios) en el contexto de una producción audiovisual, un capítulo de la serie *Friends* (de 25 minutos de duración) sin relación aparente con la investigación.

Posteriormente, se administró el cuestionario antes referido, que incluía las siguientes variables sometidas a estudio:

1. Variable dependiente: el recuerdo publicitario de productos, imágenes o promesas relacionados con la insatisfacción corporal.
2. Variables independientes: de todas las posibles variables —de las estrategias publicitarias relacionadas con la satisfacción corporal— se controlaron un conjunto de las mismas. Cada variable destacada estaba representada por un anuncio en la emisión preparada al efecto.
  - Variables derivadas del tipo de producto anunciado:
    - El producto anunciado es adelgazante (anuncio de un producto *light*: por ejemplo, BioSlim silueta).
    - El producto está dirigido a la juventud (por ejemplo, anuncio de compresas Evax, anuncio de colonia Agatha Ruiz, anuncio de colonia Lacoste, donde además aparecía un hombre desnudo).
    - El producto es un alimento (por ejemplo, anuncio de bombones Nestlé) o se relaciona con la alimentación (por ejemplo, anuncio de Canal Cocina).
  - Variables derivadas de las imágenes que aparecen:
    - Las modelos femeninas están especialmente delgadas (por ejemplo, anuncio de colonia Mango donde, a pesar de no ser un anuncio de producto *light*, la modelo aparecía especialmente delgada).
    - Las imágenes presentan culto al cuerpo, belleza... (por ejemplo, anuncio de crema de belleza L’Oreal y anuncio de misses de Lotería Nacional).
    - Las imágenes presentan alguna conducta relacionada con hábitos de alimentación inadecuados (por ejemplo, anuncio de juego de mesa *Quién conoce a quién*

donde aparece una chica “asaltando” la nevera, de forma compulsiva y por la noche).

- Variables derivadas de la promesa o mensaje que transmite:
  - El mensaje deja claro el protagonismo de la mujer frente al hombre y la autoestima femenina (por ejemplo, anuncio de aspirador DI 4, donde la mujer pasa la aspiradora y aspira también al marido; anuncio de minutos musicales del CD de Rosa, que muestra el éxito de esta cantante a pesar de su obesidad<sup>3</sup>).
- Variables derivadas de otras causas no relevantes:
  - Se eligieron *spots* relacionados con causas humanitarias, con prevención de drogas, con utensilios de higiene personal (como el cepillo de dientes), con artículos de bazar (como pilas)... Se tuvo en cuenta que estos *spots* no se relacionaran directamente con la insatisfacción corporal, pero que no resultaran tampoco muy alejados de las hipotéticas preferencias de la muestra.

## 5. RESULTADOS

### PERFIL DE LA MUESTRA

El número de individuos sometidos al experimento ascendió a 95, todos mujeres, divididos en dos grupos principales, sanas (61) y enfermas (34). Se utilizó la muestra sana como muestra de control, de ahí su mayor número. Por otra parte, al ser un experimento, no se precisa un número representativo de miembros. No obstante, el tamaño de la muestra asegura la validez de los resultados obtenidos para los análisis estadísticos planteados.

La edad media de las mujeres que han intervenido en el experimento es 19,65 años (desviación típica: 3,54).

### RESULTADOS DEL RECUERDO PUBLICITARIO ESPONTÁNEO

Se pedía a las chicas que anotaran todos aquellos anuncios que recordasen haber visto durante la emisión del vídeo, y todo lo que recordaran de los mismos.

Un primer aspecto a valorar en este apartado es el de la extensión del recuerdo. Se recordaron un promedio 4,35 anuncios, es decir, casi el 25% de los anuncios emitidos. Podemos considerar este resultado como un reflejo del elevado grado de colaboración de la muestra. En términos absolutos, destaca el mayor recuerdo del anuncio de la colonia Lacoste, lo que quedaría explicado en parte por ser el último de los anuncios emitidos. Sin embargo, llama la atención

---

3. Hay que destacar que el experimento se desarrolló antes de que Rosa se sometiera a una cura de adelgazamiento. No obstante, el éxito sobrevino para ella antes de este hecho.

el bajo nivel de recuerdo (16,8%) logrado por el anuncio del licor Baileys, que estaba colocado en la primera posición del primer corte, y debería haberse beneficiado del efecto primacía. En esta diferencia de resultados es importante considerar la posible influencia de la creatividad de ambos anuncios: el hombre que aparecía en el anuncio de Lacoste estaba plenamente desnudo, lo que no es la tónica general en la publicidad, creando mayor expectación en la muestra femenina. En cualquier caso, las sanas recordaron este anuncio significativamente más que las enfermas, lo cual corrobora el hecho de que las enfermas no se sienten, en la mayoría de los casos, y debido a su enfermedad, atraídas por estímulos de tipo sexual (como puede ser la aparición de un hombre desnudo) y, por tanto, no les atrae el uso de este recurso estratégico.

Sin embargo, el interés se centra en comprobar si realmente los anuncios recordados por sanas y enfermas difieren significativamente, para valorar si los recursos estratégicos usados en los mismos influyen en una muestra más que en otra.

Los resultados indican, que para aproximadamente la mitad de los anuncios, las diferencias entre ambos subgrupos son significativas. Se aprecia que el recuerdo del colectivo de sanas es en promedio superior, 5 anuncios frente a 3, diferencia estadísticamente significativa (diferencia=2,10;  $t=4,94$ ;  $p=0,000$ ).

En resumen, la notoriedad o recuerdo espontáneo para las enfermas es mayor en el anuncio del producto adelgazante, y en las sanas es mayor para varios anuncios, principalmente el de compresas Evax. La diferencia de notoriedad está en torno al 40% para este anuncio de compresas, mientras que la notoriedad para el producto adelgazante es de apenas el 20%. Esto significa que las sanas recordaron mucho más el anuncio de compresas que las enfermas el del producto adelgazante.

Por otra parte, la diferencia de percepción del anuncio de compresas, en la muestra sana y enferma, se puede deber a que las enfermas de TCA, en ocasiones, sufren alteraciones de la menstruación, de ahí su escaso interés por este producto, a pesar de estar estratégicamente bien dirigido a la población joven, lo que se ve en el mayor recuerdo de la muestra sana. Parece ponerse de manifiesto, en este caso, que el uso de recursos y estrategias publicitarias no consigue sobrepasar la barrera del desinterés por el producto, aunque el público objetivo esté bien definido. Del mismo modo, el mayor interés de las enfermas por el producto adelgazante manifiesta la relación existente entre el tipo de producto y las cogniciones previas de este grupo enfermo, a pesar de que el anuncio no iba dirigido a la población adolescente. Se interpreta que las cogniciones previas existentes en el sujeto, así como los marcos de referencia creados a priori (Buceta, 1992), y las motivaciones concretas, pueden estar por encima del uso de determinadas estrategias y recursos publicitarios, a pesar de considerarse adecuados.

#### RESULTADOS DEL RECUERDO PUBLICITARIO SUGERIDO (CON AYUDA)

El experimento midió el grado de notoriedad sugerida o recuerdo con ayuda de 11 de los 18 anuncios visionados por las encuestadas, seleccionados en función de las variables

descritas más arriba. La ayuda aportada para estimular el recuerdo de los anuncios fue la categoría de producto.

Los cuatro anuncios más recordados por el grupo de enfermas y sanas son los mismos. Sin embargo, al comparar los niveles de significación del recuerdo de sanas y enfermas para el conjunto de anuncios seleccionados, se comprobó que diferían. Los contrastes de hipótesis correspondientes muestran que las diferencias entre ambos subgrupos son significativas para cuatro anuncios. Así, las enfermas recuerdan, cuando se les indica la categoría de producto, significativamente más que las sanas, el anuncio del adelgazante Bioslim ( $p=0,005$ ), tal como sucedía con el recuerdo espontáneo, y el de los bombones Nestlé ( $p=0,042$ ), lo cual no sucedía para la medida de recuerdo sin ayuda. El mayor recuerdo del anuncio de bombones en el grupo de enfermas puede explicarse por la inclinación de las pacientes a interesarse por alimentos deseados, pero “autoprohibidos” por su enfermedad. También se produce mayor recuerdo por la fuerte asociación que existe entre la marca Nestlé y la palabra *bombones*, que fue la clave de recuerdo que se les facilitó. En este caso, la creación de una marca fuerte es una buena estrategia para mejorar la comunicación, y puede generar, entre otros beneficios, una asociación casi unívoca entre la categoría de producto y la marca, beneficiando el recuerdo. En las chicas enfermas se confirma este hecho en la mayoría. Recordaron el anuncio después de darles la clave de recuperación, y producirse la asociación marca-producto, no antes. Sin embargo, en la muestra sana no se produjo el mismo fenómeno, lo que pone de manifiesto, nuevamente, la relación entre el recuerdo de los anuncios y los intereses previos creados a priori y, en este caso, los marcos de referencia presentes en las enfermas (que suelen sentir interés por alimentos “autoprohibidos”, como los bombones).

Las enfermas recuerdan con ayuda significativamente menos que las sanas el anuncio del disco de Rosa ( $p=0,013$ ), y el de la colonia femenina Agatha Ruiz ( $p=0,009$ ), situación que también se puso de manifiesto para la medida de recuerdo sin ayuda. En cuanto al primero de los anuncios, se puede deber a que las enfermas no identifican el éxito con la obesidad, hecho que se produce en la figura de Rosa; en otras palabras, la obsesión que sufren, por su enfermedad, no perdona a la cantante su condición de obesidad, y de ahí su desinterés.

Se observa que el nivel de recuerdo de las enfermas (tanto espontáneo como sugerido) es superior al de las sanas para tres anuncios (Bioslim, Mango y *Quien conoce a quién*); si bien estadísticamente significativo sólo para el adelgazante Bioslim. En este caso hay que destacar, que el anuncio del producto adelgazante es por sí mismo representativo de la insatisfacción corporal, que el anuncio de Mango presentaba a una modelo muy delgada y que en el anuncio del juego de mesa aparecía una imagen en donde se reproducía una conducta de “atracción” de forma similar a como se da en la bulimia. Esto nos indica que debemos tener especial cuidado con los recursos estratégicos usados en publicidad pues, cuando ya existe una insatisfacción previa, estos estímulos parecen incidir en este estado de insatisfacción, visible en las enfermas.

En el caso de las sanas, destacan fundamentalmente tres anuncios, el de Agatha Ruiz, el de Lacoste y el de Rosa. El recuerdo de los mismos, tanto con ayuda como sin ella, es claramente superior en este grupo. El anuncio de Lacoste (en donde aparecía un hombre desnudo), además de por ser el que iba en última posición del bloque, resulta atractivo para la muestra sana, que se siente atraída por este estímulo, pero no para la muestra enferma, que no experimenta interés por los estímulos sexuales. Del mismo modo, el anuncio de minutos musicales de Rosa resulta atractivo para las sanas, pues consideran a Rosa un icono de superación y autoestima.

Con la finalidad de realizar un análisis global de los niveles de recuerdo espontáneo y con ayuda, de los 11 anuncios más representativos para la investigación, y diferenciando entre sanas y enfermas, se realizó un análisis factorial de correspondencias (para variables no métricas).

El análisis señala que el recuerdo de sanas y enfermas es diferente. El plano donde se sitúan los anuncios que más han impactado en las enfermas es opuesto al plano donde aparecen los anuncios más recordados por la sanas. Se manifiesta que la publicidad relacionada con la insatisfacción corporal es más percibida por la muestra, a priori, insatisfecha (enfermas). Se puede interpretar un mayor refuerzo de la insatisfacción, pero con escasa incidencia en la muestra sana. No se puede constatar por medio del recuerdo que la presencia de anuncios relacionados con el culto al cuerpo causen tal insatisfacción en la muestra sana, pero sí parece posible el refuerzo de síntomas previos.

## 6. CONCLUSIONES CLAVE PARA LAS ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

A continuación, manifestamos las conclusiones a tener en cuenta antes de plantear futuras estrategias de publicidad y de prevención de la insatisfacción.

1. En pacientes afectadas de TCA, la publicidad de culto al cuerpo es más recordada, y presenta en mayor medida, un carácter “mantenedor” de la insatisfacción, pero sólo cuando los recursos estratégicos usados (mensajes e imágenes) coinciden con la predisposición de las enfermas a mantener su insatisfacción. No se puede decir que las estrategias usadas en determinados anuncios de culto al cuerpo sean más recordadas y, en cierta medida, capaces de “causar” insatisfacción, puesto que el grupo de sanas no manifestó tal interés por los anuncios seleccionados, relacionados con el culto al cuerpo.
2. Parece ser mayor el nivel de influencia de la publicidad, a través del recuerdo, en la muestra sana. Sin embargo, la muestra enferma se ve más influida por los anuncios más relacionados con la insatisfacción corporal, aunque su recuerdo de publicidad es menor. Se presumía un nivel semejante del recuerdo para ambas submuestras, ya

que, de entrada, podían estar igualmente predispuestas a los estímulos visuales publicitarios. La realidad mostró que la muestra de enfermas estaba ligeramente menos motivada ante el estudio, y esto pudo haber influido en el menor recuerdo, además de por su condición de enfermas. En realidad, el recuerdo ha sido más selectivo (aunque las diferencias no siempre han sido estadísticamente representativas) para las enfermas, en lo que se refiere a anuncios relacionados con el culto al cuerpo. Las sanas también han recordado selectivamente anuncios más acordes con las ideas e intereses de la juventud en general.

3. Existen diferencias entre los recursos estratégicos usados “efectivamente” en la publicidad y los recursos estratégicos que “se presume” son usados en la publicidad de culto al cuerpo. La investigación exploratoria realizada para la selección de variables pone de manifiesto, sobre todo, que los productos *light* presentan en pocas ocasiones imágenes de mujeres extremadamente delgadas y que, sin embargo, estas imágenes pasan más desapercibidas en anuncios de otro tipo, como la moda y los perfumes. Por esta razón, es importante cuidar la selección de recursos, presentes en la publicidad de todo tipo de productos. No obstante, no es común descubrir argumentos radicales en los anuncios de televisión, aunque debido a la fuerte proliferación de enfermedades relacionadas con la satisfacción corporal, no debería haber ninguno. Por otra parte, no se puede afirmar que la presencia de determinados estímulos pueda producir trastornos de este tipo.
4. La mayor razón de diferencia del recuerdo, para ambas muestras, parece haber sido el tipo de producto anunciado. En algunos casos los recursos creativos usados en las estrategias, así como la colocación de anuncios en el bloque, también han reforzado la preferencia y el recuerdo pero, sobre todo, en la muestra sana.

En lo referido al recuerdo sugerido (con ayuda), la muestra enferma se ha inclinado por los anuncios de productos *light* y la alimentación (bombones), relacionados con el refuerzo de su insatisfacción previa, y no tanto por productos dirigidos a su edad.

Cuando ya existe la enfermedad, la muestra parece más proclive a los anuncios cuyas estrategias se basan directamente en el culto al cuerpo. No podemos decir que la presencia de anuncios publicitarios, aunque sean de publicidad de productos *light*, atraigan la atención de las jóvenes, si no existe una predisposición previa hacia esta influencia, como sucede en las enfermas.

## 7. LA ESTRATEGIA A LARGO PLAZO

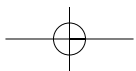
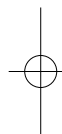
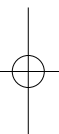
El problema planteado es mucho más complejo de lo que parece, y su solución depende de la sociedad en general, no sólo de la publicidad. Plantearemos aquí, brevemente, algunos elementos a tener en cuenta por los publicitarios:

- Eliminar recursos creativos extremos, que asocien éxito y adelgazamiento, en cualquier tipo de publicidad, no sólo en la de productos *light*.
- Limitar la exposición de estímulos que refuercen cogniciones tendentes a la insatisfacción, aunque ésta sea previa al visionado de la publicidad.
- Asociar el producto a valores positivos de crecimiento personal y no a valores físicos, aunque el producto actúe en el cuerpo.
- No reducir la salud y la belleza al adelgazamiento.
- Construir marcas que tengan valores alejados de lo efímero, y no insistan en ir contra la naturaleza del cuerpo.

## BIBLIOGRAFÍA

- ÁLVAREZ P. y CARRILLO, M. V. (2004): *Medida de la influencia social de la publicidad adelgazante, en la tendencia a adelgazar. Anuario Ininco*, 2.º sem.
- BAAS, M. A. et al. (1979): *Community nutrition and individual food behavior*. Minnesota: Burgess.
- BENAVIDES, J. (2003): "Los valores emergentes de la publicidad televisiva en 2002". En: Villafaña, J.: *Informe sobre el estado actual de la Publicidad y el Corporate en España y Latinoamérica*. Madrid: Pirámide.
- BEERLI, A. y MARTIN, J. (1999): *Técnicas de medición de la eficacia publicitaria*. Barcelona: Ariel.
- BUCETA, L. (1992): *Fundamentos psicosociales de la Información*. Madrid: R. Areces.
- CARRILLO, M. V. (2001): *Influencia de la publicidad y otros factores sociales en los trastornos de la conducta alimentaria. Anorexia y bulimia nerviosas*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. España.
- (2002): *Publicidad y anorexia. Influencia de la publicidad y otros factores en los trastornos de la conducta alimentaria*. Madrid: Ciencias Sociales.
- (2003): "La transmisión de valores sociales por medio de las imágenes. La identificación de la mujer delgada igual a mujer triunfadora en la población adolescente". *Comunicación y Sociedad*. Diciembre.
- (2003a): "Medios de comunicación y moda: su influencia en los trastornos de la conducta alimentaria". En: Rojo, L. (dir.): *Anorexia Nerviosa*. Barcelona: Ariel, pp. 256-268.
- CARRILLO, M. V. (2004): *La cultura del adelgazamiento a través de la "imagen" física: reflexiones y caso práctico Asparkia*, Universidad Jaume I, n.º 14.
- (2005): "Conocimiento y control de la comunicación audiovisual: publicidad e información". En: Vaz Leal, F. (dir.): *Bulimia nerviosa: perspectivas actuales sobre diagnóstico y tratamiento*. Barcelona: Ergon.
- CUESTA, U. (2000): *Psicología Social de la Comunicación*. Madrid: Cátedra.
- CHERNIN, K. (1981): *The obsession: Reflections of the tyranny of slenderness*, Nueva York: Harper and Row, pp. 240-250.
- GUILLEMOT, A. y LAXENAIRE, M. (1994): *Anorexia nerviosa y bulimia. El peso de la cultura*. Barcelona: Masson.
- GÓMEZ, P. (1996): *Anorexia nerviosa. La prevención en familia*. Madrid: Pirámide.
- INFOADEX (2006): *Resumen de inversión publicitaria en medios, 2005*.
- LEÓN, J. L. (1996): *Los efectos de la publicidad*. Barcelona: Ariel.
- MC CABEL, M. P. y RICCIARDELLI, L. A. (1994): "The Structure of the Sociocultural Influences on Body Image and Body Change Questionnaire", *International Journal of Behavioral Medicine*, Vol. 8, n.º 1, pp. 20-41.

- MARTÍNEZ, E. (1993): "Influencias socioculturales sobre actitudes y conductas femeninas relacionadas con el cuerpo y la alimentación". *Revista de Psiquiatría. Universidad de Barcelona*, Vol. 20, n.º 2, pp. 51-65.
- MYERS, P. y BIOCCHA, F. A. (1992): "The elastic body image: The effect of Television advertising and programming on body image distortion in young women". *Journal of Communication*, n.º 42, pp. 108-133.
- MORANDÉ, G. (1995): *Un peligro llamado anorexia*. Madrid: Temas de hoy.
- NAGEL, K. L. y JONES, K. H. (1992): "Sociological factors in the development of eating disorders". *Adolescence*, Vol. 27, n.º 105, pp. 107-113.
- O'DEA, J. A. y CAPUTI, P. (2001): "Association between socioeconomic status, weight, age and gender, and the body image and weight control practices of 6- to 19-year-old children and adolescents". *Health Education. Research*, n.º 16, pp. 521-532.
- PERPIÑÁ, C. (1989): *Trastornos alimentarios: el estado de la cuestión*. Valencia: Promolibro.
- RÍO, P. del (1996): *Psicología de los medios de comunicación*. Madrid: Síntesis.
- TORO, J. (1996): *El cuerpo como delito*. Barcelona: Ariel Ciencia.
- TORO, J., SALAMERO, M. et al. (1995): "Assesment of sociocultural influences on the aesthetic body shape model in anorexia nervosa". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Vol. 89, pp. 205-214.



# Imagen social del tabaquismo: El caso de un intento fracasado de manipulación de la opinión pública

TERESA SALVADOR-LLIVINA

## INTRODUCCIÓN

Cuando la OMS consiguió recientemente la aprobación —por parte de la Asamblea Mundial de la Salud— del Convenio Marco para el Control del Tabaquismo, importantes medios de comunicación españoles encabezaron la noticia con el siguiente titular: “La OMS anuncia la nueva ley seca del tabaco”. En la misma línea, en estos últimos meses, y tras aprobarse la Ley 28/2005 de Medidas sanitarias frente al tabaquismo, en muchos debates mediáticos y artículos de prensa algunos comentaristas han insistido en que esta Ley es una amenaza a las libertades individuales y constituye un paso más hacia la persecución de las personas que fuman.

Estas aseveraciones no tienen fundamento ético ni científico alguno. Constituyen sólo ejemplos recientes de un “debate social” fomentado en España durante las últimas tres décadas por parte de la industria tabacalera para defender sus intereses de mercado en un contexto en el que, lenta pero progresivamente, la sociedad está consiguiendo empezar a regular un sector que hasta hace muy pocos años tuvo libertad absoluta para comercializar y promover la venta de sus productos sin ninguna cortapisa. Afortunadamente, el creciente conocimiento, por parte de la población, de los graves problemas derivados del uso de tabaco está contribuyendo a que la percepción social de los problemas relacionados con el tabaquismo esté empezando a cambiar hacia actitudes más críticas frente al tabaquismo y los intereses económicos sectoriales que lo fomentan.

Y en este cambio están jugando un papel muy positivo los medios de comunicación social independientes, que cada vez con más frecuencia y claridad están contribuyendo a identificar los factores desencadenantes del problema, señalar la nocividad del consumo de tabaco y las dimensiones de la epidemia del tabaquismo, alertar de los graves riesgos derivados de la exposición involuntaria de las personas que no fuman al humo ambiental de tabaco, así como resaltar el derecho de los niños y adolescentes a crecer en entornos más saludables y lo más libres posible de las presiones al consumo.

## 1. OPINIÓN PÚBLICA Y TABAQUISMO

Las evidencias sobre los efectos del tabaco en la salud fueron analizadas, sintetizadas y difundidas por primera vez, de manera amplia, a principios de los años sesenta (Comité de Expertos de la OMS, 1974 y 1979). Desde entonces, nuevos estudios se han ido acumulando, precisando los efectos negativos del tabaco. Más de 25 millones de personas/año de observación de fumadores, ex fumadores y nunca fumadores han proporcionado una sólida evidencia sobre la magnitud de los riesgos asociados al consumo de tabaco. Grandes estudios prospectivos realizados —y ampliamente difundidos— fuera de nuestra zona geográfica (Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Japón y Suecia) muestran de forma consistente el riesgo del consumo, la relación dosis-respuesta, el papel relevante de la edad de inicio y la duración de la exposición, así como la disminución del riesgo tras el cese del consumo.

A pesar de este medio siglo de evidencia acumulada, y cuando la mortalidad atribuible al tabaquismo está empezando a descender en algunos países, el consumo de tabaco continúa siendo la primera causa de muerte evitable en nuestro país (Banegas y cols., 1993; Banegas y cols., 2005). En España el uso de tabaco causó 621.678 muertes en los 15 años comprendidos entre 1978 y 1992 en adultos mayores de 35 años. En este último año, se produjeron por esta causa 46.226 muertes (14,7% de todas las muertes) de las que la mayoría (93,4%) ocurrieron en hombres. Se aprecia un incremento espectacular entre las mujeres, para quienes la mortalidad anual en este período pasó de 1.281 casos a 3.039 (más del 100%), mientras en los hombres creció un 20%, (González-Enríquez y cols., 1996). Sabemos, además, que la mitad de los adolescentes que se están incorporando al consumo de tabaco y lo mantengan en el futuro morirá a causa del mismo.

En la mayoría de países industrializados, la sensibilización de la sociedad civil respecto a la epidemia tabáquica y la propia experiencia de los efectos del tabaco en varias generaciones de fumadores han impulsado la adopción de políticas públicas de regulación de la producción, distribución, venta y consumo de los productos de tabaco. Sin embargo, en España el problema del tabaquismo no entró en el debate social, y apenas formó parte de la agenda política, hasta mediados de los años noventa. Como resultado, nuestra sociedad permaneció durante varias décadas indiferente ante el problema y esto permitió que, hasta el año 2003, nuestro país no dispusiera de un plan nacional de prevención y control del tabaquismo (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003), aprobado por consenso entre todas las administraciones públicas sanitarias de ámbito nacional y autonómico, destinado a disminuir la magnitud del problema, prevenir su mantenimiento futuro y atender a las personas que desean dejar de fumar.

Las razones que explican por qué el problema del tabaquismo no se percibió durante muchos años en toda su magnitud y gravedad por la opinión pública española son diversas, pero entre ellas destaca la existencia de una estrategia calculada por parte de la

industria tabacalera para mantener la situación privilegiada de mercado de la que, en España, se benefició durante siglos. Parte de esta estrategia incluyó, durante la segunda mitad del siglo XX, la utilización interesada de los medios de comunicación para mantener un clima social en el que el debate público sobre el tabaquismo se centró en lo superficial o anecdótico, evitando sistemáticamente abordar un análisis de fondo sobre los condicionantes del consumo, o el tipo de medidas políticas necesarias para hacerles frente eficazmente.

## 2. ESTRATEGIAS DE LA INDUSTRIA TABACALERA PARA MANTENER UN CLIMA SOCIAL FAVORABLE A SUS INTERESES

La industria tabacalera, nacional e internacional, desarrolló en nuestro país un amplio abanico de estrategias encaminadas a consolidar un clima social favorable a sus intereses. Dichas estrategias se hallan bien documentadas en los documentos internos de las multinacionales tabacaleras desclasificados por orden judicial en Estados Unidos y hechas públicas en Internet. Entre estos documentos, se puede acceder a la denominada “Estrategia de Philip Morris para España y Portugal” (Philip Morris Inc., 1990), que sintetiza claramente cómo la industria del tabaco ha actuado durante décadas para mantener y expandir su mercado:

- La industria ha negado o cuestionado las evidencias científicas sobre el impacto del consumo de tabaco en la salud de la población, así como sobre la dependencia generada por este producto entre sus consumidores.
- También ha utilizado los supuestos beneficios económicos aportados al Estado para obstaculizar, retrasar o detener iniciativas encaminadas a regular sus privilegios y mantener una situación privilegiada.
- Finalmente, la industria se ha apropiado de valores y derechos sociales universales para defender sus intereses particulares. En este marco la industria ha intentado defender que:
  - Las prohibiciones del tabaco preceden a prohibiciones en otras materias de “elección personal”.
  - Fumar es una “elección personal” que debe estar fuera de controles externos.
  - La intolerancia contra los fumadores es propia de actitudes totalitarias.
- Para defender y expandir sus intereses, la industria se propuso crear grupos de presión para defender el denominado “enfoque de la tolerancia”, intento que en España se concretó en la creación del Club de Fumadores por la Tolerancia, financiado por la industria tabacalera y que actúa como relaciones públicas de la misma, bajo una supuesta función de representar a los intereses de las personas que fuman.

Un resumen de lo sucedido en España durante la segunda mitad del siglo XX puede sintetizarse como sigue:

#### MANTENIMIENTO DE UNA POSICIÓN PRIVILEGIADA

Para defender sus intereses de mercado, la industria ha utilizado su influencia política. Para ello ha contado con el apoyo activo de los medios, gracias al poder que le han conferido sus inversiones en publicidad dentro de los grupos mediáticos. Ningún medio de comunicación hubiera admitido el disfrute de privilegios parecidos a cualquier otro bien que presentara leves indicios de riesgo para la salud. Los medios han dado muestras de reacción rápida (a veces, incluso alarmista) ante cualquier potencial amenaza a la salud pública: hemos tenido ejemplos como el aceite de colza, brotes de meningitis, los alimentos transgénicos, las vacas locas, los pollos belgas, los botes de Coca-Cola contaminados... Sin embargo, durante décadas, permanecieron reacios a adoptar una postura crítica ante los abusos de la industria tabacalera.

España trajo a Europa las hojas y semillas de tabaco. Con epicentro en Sevilla, a partir del siglo XVI se articuló una prestigiosa actividad económica alrededor del proceso y comercialización de las labores de tabaco. Durante siglos, el consumo se mantuvo como una actividad minoritaria de grupos privilegiados. Dicha situación cambió drásticamente a finales del siglo XIX, debido a una serie de modificaciones en los procesos de cultivo, elaboración, producción y comercialización del tabaco, arropados en España y en otros países del sur de Europa, por la situación de monopolio de la industria tabacalera. (López y Hernández, 1990). Muy pronto, la producción masiva de cigarrillos manufacturados y los asequibles precios hicieron accesible el tabaco al gran público, mientras su venta se convertía en un negocio rentable. Este cambio de dimensiones, junto al desarrollo de nuevas técnicas de promoción, permitió a las empresas productoras de cigarrillos invertir en estrategias publicitarias más sofisticadas. Así, el despegue del consumo masivo de tabaco en España se produjo a mediados de los años cincuenta (Salvador, 1996). En pocos años el consumo de cigarrillos se generalizó entre la población española hasta alcanzar, a finales de los años setenta, a un 65% de los hombres (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1978). Paralelamente, se iniciaba un incremento en las mujeres, que continúa todavía.

Desde finales del siglo XIX, y especialmente tras la Guerra Civil, la disponibilidad de tabaco aumentó de forma constante gracias al apoyo político. Con el objetivo teórico de disminuir las importaciones de tabaco y apoyar al sector agrario, los gobiernos de la dictadura promovieron a partir de los años cuarenta el desarrollo de planes quinquenales para la conversión de cultivos tradicionales en cultivos de tabaco. El apoyo a esta reconversión, incluidos los programas de formación para agricultores, corrió a cargo del Servicio Nacional de Cultivo y Fermentación del Tabaco del Ministerio de Agricultura. Pese al argumento proteccionista utilizado para aumentar los cultivos nacionales, continuaron creciendo las importaciones. El resultado fue un aumento constante de la disponibilidad

global de tabaco en España (Tobacco Reporter for the International Tobacco Industry, 1980; Servicio de Estudios de Tabacalera, 1981).

Estos privilegios no hubieran sido sostenibles sin el apoyo de los poderes mediáticos y la participación de colaboradores a sueldo, pagados para crear confusión y poner reiteradamente en duda las evidencias científicas que amenazaban la posición de la industria. Esta estrategia consiguió cuestionar y poner en peligro las iniciativas políticas de control del tabaquismo que se intentaron aplicar desde la recuperación de la democracia y de forma más intensa a partir de mediados de los años ochenta del siglo XX.

#### NEGACIÓN DE LA EVIDENCIA

Las pruebas científicas de la nocividad del tabaco y de la capacidad adictiva de la nicotina fueron sistemática y públicamente refutadas por la industria tabacalera hasta la década de los años noventa, cuando los litigios abiertos en Estados Unidos por las víctimas del consumo de tabaco obligaron a la industria a admitirlas parcialmente. En la actualidad, la industria continúa manteniendo que las evidencias epidemiológicas no son suficientes para demostrar la nocividad del tabaco, y sólo acepta que existe un consenso médico global sobre la nocividad del tabaco para las personas que lo consumen.

Los esfuerzos actuales de las grandes multinacionales del tabaco se centran en refutar la nocividad del tabaco para las personas que no fuman y se ven obligadas a respirar aire contaminado por el humo del tabaco (humo ambiental de tabaco). Con esta finalidad, la industria ha desplegado un esfuerzo intensivo centrado en presentar a las personas que fuman como víctimas de una persecución injustificada e injusta.

#### EL ARGUMENTO DE LOS BENEFICIOS ECONÓMICOS

El poder económico consolidado por la industria durante el último siglo ha convertido a las corporaciones multinacionales del tabaco en potentes grupos de presión. Ahora esta presión también se ejerce ante las propias instituciones de la Unión Europea (UE), el Parlamento y la Comisión. La industria plantea un discurso político centrado en los presuntos beneficios económicos que la producción y comercialización del tabaco aporta a la sociedad y al Estado.

En España, durante las décadas de los años ochenta y noventa del siglo XX, cada vez que el Ministerio de Sanidad desarrolló algún borrador de propuesta legislativa sobre limitaciones al producto, a las vías de comercialización, a su consumo público o a la promoción publicitaria del tabaco, la industria sacó diversos argumentos económicos para parar el avance las propuestas del Ministerio de Sanidad y augurar graves pérdidas económicas. Según estos argumentos, sectores clave para la economía del país deberían afrontar graves pérdidas de empleo, y éstas llegarían a constituir una grave amenaza para la economía

global (productores extremeños, red de distribuidores, medios de comunicación beneficiarios de la publicidad del tabaco, etc.). Amparándose en el desconocimiento existente en España respecto a la relación coste-beneficio vinculada al consumo de tabaco, los argumentos económicos reiteradamente esgrimidos fueron dos: el beneficio que reportan al Estado los impuestos sobre los productos de tabaco y el fomento del empleo que genera el proceso de producción y comercialización del tabaco.

En relación al primer argumento, faltó un simple análisis histórico. Si bien los beneficios económicos aportados por los impuestos del tabaco a los ingresos totales del Estado fueron importantes durante el siglo XIX, su peso sobre el importe global disminuyó paulatinamente a partir del inicio del siglo XX. La participación porcentual de la renta del tabaco sobre los ingresos ordinarios totales del Estado arranca de un 8% a principios del siglo XIX, experimenta un gran ascenso a mediados del segundo decenio hasta elevarse a un 16% en 1830 y descender continuamente a lo largo de la siguiente década. Entre 1850 y 1869, la renta del tabaco supuso el 14,5% de los ingresos ordinarios del Estado. En los años que van desde finales del siglo XIX hasta el año 1940 aumenta el tamaño del presupuesto del Estado y, lógicamente, el volumen de ingresos públicos por conceptos diversos, lo cual explica que la renta del tabaco perdiera porcentaje sobre el importe global de ingresos, independientemente de que la recaudación creciera en pesetas constantemente. Desde 1945 hasta nuestros días, la participación porcentual de la renta del tabaco sobre los ingresos públicos experimenta una constante tendencia a la baja, llegando en 1980 a representar sólo el 1% del total. La explicación radica en el incremento progresivo del tamaño del presupuesto del Estado, donde se produce un cambio estructural al alza, primeramente debido al aumento de la participación de la renta de aduanas desde 1961 —con la liberalización del sector exterior de la economía española— y más recientemente por el incremento del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas, desde 1979 (López y Hernández, 1990).

Faltó igualmente rigor en la consideración del segundo argumento económico de la industria, su pretendida contribución a la creación de empleo. Según estimaciones de la propia industria tabacalera, en España el tabaco proporciona entre 50.000 y 70.000 puestos de trabajo (en el cultivo, procesamiento, elaboración y comercialización de tabaco). Sin embargo, su peso es cada día menor. La creciente automatización de los procesos de cultivo y elaboración de los productos de tabaco ha significado una constante reducción de los puestos de trabajo del sector agrícola y una progresiva reducción de la plantilla de Tabacalera. Además, la creciente diversificación de los productos vendidos por los tradicionales expendedores de tabaco hace que en la actualidad cada día sean menos los puestos de trabajo que dependan exclusivamente del tabaco en el sector de la comercialización.

Una reducción del consumo de tabaco no sólo no afectaría al mercado nacional de trabajo, sino que, como muestran diversos estudios económicos, generaría nuevos empleos en otros sectores, ya que el dinero se dedicaría a otros productos y servicios, culturales y de ocio (Bjartveit, 1990; WHO Regional Office for Europe, 1994; Salvador Llivina, Oñorbe de Torre y González Alonso, 2006; López Nicolás y Pinilla Domínguez, 2006).

En resumen, la vuelta a un consumo minoritario de tabaco no sólo aumentaría sensiblemente la esperanza de vida de la población española, sino también la calidad de los años vividos y, desde luego, no significaría ningún trauma para la economía española, ni para nuestro mercado laboral.

#### APROPIACIÓN DE VALORES Y DERECHOS UNIVERSALES

Los argumentos utilizados por la industria para mantener sus privilegios históricos no han sido exclusivamente de carácter científico y económico, sino también de carácter ético. En España sabemos por propia experiencia lo que es vivir bajo el dominio de un gobierno dictatorial, su memoria está todavía presente en nuestra vida cotidiana y ha marcado nuestras actitudes sociales y de convivencia. En este contexto, durante años, para varias generaciones de hombres y mujeres, fumar fue un símbolo de progreso, de libertad y de acercamiento a estilos de vida lejanos, es decir, democráticos y más avanzados. Esta coyuntura fue rentabilizada con éxito por la industria.

Un buen ejemplo de ello lo proporciona el proceso de incorporación de las mujeres españolas al consumo de tabaco. La España que surgió tras la Guerra Civil vetó explícitamente la incorporación de la mujer al mercado laboral. A partir de 1942, la nueva legislación laboral (El Fuero del Trabajo) declaraba: “El Estado en especial prohibirá el trabajo nocturno de las mujeres, regulará el trabajo a domicilio y libertará a la mujer casada del taller y de la fábrica”. Así, en las reglamentaciones de trabajo se dispuso que las trabajadoras al casarse debían abandonar su trabajo. A las mujeres se les prohibió, además, optar a los puestos de abogado del Estado, agente de cambio y bolsa, juez, etc. Finalmente, el salario de las mujeres era hasta un 30% inferior respecto al de los hombres, para igual cualificación y tipo de trabajo (Centro Feminista de Estudios y Documentación, 1985).

Durante varias décadas, España pidió resignación a sus mujeres, no sólo desde los discursos políticos, o los púlpitos de la Iglesia, sino también a través de los consultorios radiofónicos que cada tarde se filtraban en el ensombrecido país de las mujeres. Les quedaba, eso sí, el sueño americano de los domingos en el cine, y en la televisión después. En este sueño, Jean Harlow, Marlene Dietrich, Greta Garbo, Lana Turner, Betty Grable, Rita Hayworth, Bárbara Stanwich y otras estrellas vivían una vida que a ellas se les negaba. Y, casualmente, aquellas estrellas solían acompañar los actos más significativos de esa vida inaccesible con un cigarrillo entre los dedos, algo que aquí era cosa de hombres. Pero ni el aislamiento ni la resignación pueden ser eternos. El tabaquismo femenino dejó de ser un símbolo lejano de Hollywood, inaccesible para las españolas. Entró con las mujeres suecas, inglesas y alemanas que paseaban desinhibidamente por nuestras calles o playas. Ellas nos estaban diciendo que más allá de los Pirineos existían formas de vida más libres, que propiciaban la independencia social y económica de las mujeres.

La asociación de imágenes fue poderosa y eficaz, para las mujeres y para la sociedad en general. En el debate público sobre el tabaco, la industria ha sabido apropiarse de valores y derechos universales. Durante años, cualquier información o noticia sobre tabaco ha ido, casi preceptivamente, acompañada del comentario de personajes públicos pretendidamente “independientes” encargados de recordar a la opinión que cualquier intento de control del tabaquismo era una agresión a la libertad individual, una regresión a situaciones de autoritarismo pasadas y el pisoteo de un derecho universal protegido por nuestra Constitución. En estos comentarios sobre la defensa de la libertad, nunca aparecía ninguna alusión a la presión que reciben los niños y adolescentes para iniciarse en un consumo que crea dependencia, ni a las dificultades para abandonarlo que afrontan las personas que quieren dejar de fumar sin conseguirlo, y que en nuestro país son más de un 60,4% de los fumadores (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1992). Tampoco ha aparecido la menor referencia a la trampa que ha significado la comercialización de los cigarrillos *light* como forma de expansión del mercado entre las personas preocupadas por el cuidado y protección de su salud (European Network for Smoking Prevention, 1999).

### 3. EVOLUCIÓN DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA HACIA UNA PERCEPCIÓN REAL DEL PROBLEMA DEL TABAQUISMO

A medida que la mortalidad aumentaba, se iniciaban las intervenciones para el control del tabaquismo y las noticias sobre las demandas a la industria multinacional del tabaco se sucedían en Estados Unidos, se produjo en España un incremento progresivo de la percepción social del problema.

La industria intentó convertir noticias adversas a sus intereses en oportunidades para confundir la opinión pública. Pero hace falta una enorme inversión de recursos para vender lo invendible, para presentar mediante estrategias directas, indirectas y subliminales la imagen del tabaco asociada al reverso de la realidad. Un breve repaso a los mensajes emitidos entonces y canalizados a través de los medios de comunicación muestra los argumentos en los que se basó su estrategia. Se intentó confundir:

- La dependencia que genera el tabaco con un símbolo de libertad.
- La primera causa evitable de enfermedad y mortalidad prematura con el disfrute de una vida plena y saludable.
- Las medidas para proteger el derecho de la infancia a crecer libre de las presiones al consumo de tabaco con una amenaza a la libertad de información, así como al futuro de la industria publicitaria de los medios de comunicación.
- Cada intento político para aplicar alguna medida para el control del tabaquismo con una seria amenaza al desarrollo económico del país.

- La lucha legítima por la igualdad de la mujer con la promoción de un producto cuyo consumo genera un nuevo tipo de sumisión y amenaza a la vida de las mujeres.
- La tolerancia y el apoyo que las medidas de control del tabaquismo contemplan para las personas que fuman con una supuesta cruzada exterminadora.
- El derecho a una información veraz y no sesgada por intereses ajenos a la población con publicidad de cigarrillos “saludables”.
- La ignominiosa exportación del problema del tabaquismo a los países en vías de desarrollo con una forma de apoyar proyectos de cooperación (campana del 0,7% de Fortuna durante los años 1998, 1999 y 2000).
- El interés económico de un sector industrial con la voz de una supuesta mayoría de ciudadanos marginados y contrarios a cualquier tipo de regulación.

A la vez se omitían informaciones objetivas, como por ejemplo:

- La dimensión real del riesgo causado por el consumo de tabaco y su comparación veraz con otros riesgos menores que, sin embargo, generan mayor alarma social.
- El análisis de los factores económicos condicionantes del aumento del consumo de tabaco.
- El impacto en la salud de las personas que no fuman del aire contaminado por humo de tabaco.
- Los costes sociales y económicos impuestos a la sociedad por la industria tabacalera.
- El hecho de que la mayoría de ciudadanos y ciudadanas —incluidas las personas que fuman— están a favor de políticas reguladoras de la venta, la promoción y el consumo público de tabaco.
- La exportación de tabaco a los países en vías de desarrollo como un factor que agudiza las diferencias entre países ricos y pobres.
- El éxito de los países que empezaron antes a aplicar políticas de control del tabaquismo, en la reducción de la mortalidad, el aumento de la esperanza de vida y el aumento de la calidad de los años vividos.

Afortunadamente, cada vez fueron más los profesionales de la comunicación social que quisieron documentarse con rigor, superando de forma considerable la época en que los mensajes fueron manipulados y desvirtuados, tratados parcialmente y de forma incompleta, cuando no partidista, en prensa, tertulias, comentarios radiofónicos o debates televisivos.

Durante los últimos años hemos asistido a un cambio muy positivo en la percepción social del tabaquismo, en buena medida facilitado por un cambio sensible en el tratamiento mediático del problema. De acuerdo a una reciente encuesta del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), la población española es consciente del riesgo que implica el tabaquismo y demanda medidas de protección, prevención y asistencia adecuadas. Los aspectos que mayor impacto han tenido, y así ha quedado reflejado en los medios de comunicación a lo largo del último año, son los que se presentan a continuación.

#### LA MORBI-MORTALIDAD ATRIBUIBLE AL TABAQUISMO

Desde que se publicaron los primeros datos sobre la mortalidad que el consumo de tabaco causaba en nuestro país (González Enríquez y cols., 1989; 1997), se ha empezado a hablar del impacto sanitario del tabaquismo; en la actualidad, la opinión pública española sabe que el tabaquismo es la causa responsable de más de 50.000 muertes evitables al año y que, con ello, tal como muestran los datos oficiales, constituye la primera causa de mortalidad prematura en España.

Estos datos sobre morbi-mortalidad han empezado igualmente a presentarse acompañados de informaciones esperanzadoras como, por ejemplo, que al dejar de fumar disminuye el riesgo —de enfermar o morir por causa del tabaco— de forma importante, que dejar de fumar es posible y que se conocen métodos eficaces para dejarlo.

Recientemente, también, se ha hecho pública la causa de muerte de diversos personajes públicos que han fallecido debido a una enfermedad producida por el uso del tabaco, hecho que años a tras —en las mismas circunstancias— se omitía.

#### LA RELACIÓN ENTRE EL PRECIO DEL TABACO Y EL CONSUMO

Actualmente la opinión pública española conoce que el precio del tabaco en España es el más bajo de los países de la UE y sabe además que este hecho hace que se mantenga la demanda de cigarrillos, especialmente a costa de incorporar a nuevos clientes extraídos de los grupos más jóvenes de la población (Towsend, 1988; Health Education Authority, 1994; World Bank, 1999).

La percepción social sobre la necesidad de elevar el precio del tabaco como factor necesario para disminuir el número de niños y adolescentes que se inician en el consumo se ha visto incrementada en España desde que, recientemente y a raíz del incremento de impuestos marcado por el Ministerio de Economía, las multinacionales del tabaco iniciaran una guerra de precios a la baja, optando por disminuir sus márgenes de beneficio antes que arriesgarse a ver disminuido el número de potenciales nuevos clientes. No olvidemos que, entre las personas que dejan de fumar cada año y aquellas que mueren debido al consumo de tabaco, la industria necesita captar a 480 nuevos clientes cada día para mantener su mercado en España.

#### LA NECESIDAD DE PROHIBIR LA PUBLICIDAD, LA PROMOCIÓN Y EL PATROCINIO DE TABACO

A diferencia de otros países europeos como Bélgica, Finlandia, Francia, Irlanda, Italia, Noruega, Portugal y Suecia, en los que desde los años setenta se fueron aprobando medidas legislativas protectoras frente a todo tipo de publicidad, promoción y patrocinio de los

productos de tabaco (Joosens, 1997), España ha mantenido, hasta la entrada en vigor de la Ley 28/2005, la legislación más permisiva de toda la UE.

Actualmente, la prohibición de todo tipo de actividades promocionales de los productos y las marcas de tabaco es también una actuación percibida como necesaria por la mayoría de la población española, como una de las formas posibles y eficaces de proteger a niños y adolescentes frente a las presiones al consumo.

#### LA REGULACIÓN DE LA EXPOSICIÓN AL HUMO AMBIENTAL DEL TABACO (HAT) EN LUGARES PÚBLICOS CERRADOS COMO MEDIDA DE PROTECCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

Uno de los aspectos positivos de la legislación española es el reconocimiento explícito en los propios textos legales de la nocividad del tabaco. En virtud de ello, la Ley 28/2005, que regula el consumo de lugares públicos cerrados y lo prohíbe en el medio laboral en general, es bien aceptada por la mayoría de la población, que reconoce en esta medida una forma de protección eficaz frente a los riesgos de la exposición al HAT y que la está cumpliendo de forma modélica en las empresas de nuestro país.

A pesar de este consenso general, la industria del tabaco, a través del Club de Fumadores por la Tolerancia y otros portavoces no identificados como tales, ha intentado fomentar un debate artificial en todos los medios de comunicación, esgrimiendo el argumento de la limitación de las libertades individuales y el avance en la supuesta cruzada fundamentalista contra los fumadores, omitiendo que la Ley no limita la libertad de nadie para fumar en su espacio privado, pero sí garantiza la protección del derecho a la salud de toda la población, frente a un grave riesgo que, en nuestro país, es la causa de más de 6.000 muertes anuales entre personas que no fuman y se ven expuestas al HAT (ver tabla 1).

Esta estrategia no se ha desarrollado sólo en España. Un informe elaborado por la Liga Neumológica Europea y el Instituto Nacional del Cáncer (Francia) y publicado en febrero

**TABLA 1: MORTALIDAD POR TABAQUISMO PASIVO. ESPAÑA 2002**

Enfermedad	Exposición en el hogar	Exposición en el trabajo	Total
Cáncer de pulmón	957	335	1.277
Cardiopatía isquémica	1.840	256	2.082
Ictus	2.103	234	2.329
EPOC	564	56	618
TOTAL	5.463	878	6.305

Fuente: *Smoke Free Partnership. Lifting the smoke screen. Ten reasons for smoke free Europe.* Brussels: Cancer Research UK, European Respiratory Society, Institut National du Cancer and the European Heart Network, 2006.

de 2006 describe las estrategias de la industria tabacalera para evitar, retrasar o debilitar las legislaciones nacionales de protección de los ciudadanos frente al HAT. El estudio señala que a principios de los años setenta diversos estudios indicaron que el HAT tenía consecuencias perjudiciales para la salud de los no fumadores. La industria reconoció internamente, aunque lo negó públicamente, que el HAT era nocivo para la salud. La industria decidió poner en cuestión la evidencia científica y presentar investigaciones que refutasen tal evidencia. Así, durante muchos años parte de la investigación en tabaco fue sufragada por la industria tabacalera, exigiendo a los grupos de científicos a los que prestaba ayuda económica —como contrapartida— ser sensibles a sus intereses y presentar resultados de sus investigaciones en términos no perjudiciales para los planes expansionistas de la industria.

Enfrentados a evidencias científicas ya irrefutables y desfavorables para sus intereses, la industria orientó, en una segunda etapa, sus esfuerzos a los procedimientos de revisión global de los artículos científicos y a la forma en que estas conclusiones eran ofrecidas a los medios de comunicación. Uno de los procedimientos usados fueron los simpósiums en los cuales sus abogados seleccionaban a los científicos y controlaban la agenda, los procedimientos y la publicación de los resultados. De esta manera consiguieron mantener un clima artificial de controversia y duda sobre las evidencias científicas que ya eran muy claras y concluyentes a principios de los años ochenta.

En una siguiente etapa la industria se esforzó en desacreditar a los más prestigiosos científicos que hallaron evidencias indiscutibles del riesgo del HAT en los no fumadores expuestos. En 1981, varios investigadores independientes (Hirayama, White, Tricopoulos, etc.) de distintos países hallaron que las esposas no fumadoras cuyos maridos eran fumadores tenían el doble de incidencia de cáncer de pulmón que las que convivían con no fumadores. Estos estudios controlaron los posibles factores de confusión que alterarían los resultados, por lo que sus conclusiones eran plenamente válidas y constituían una evidencia de mucho peso para regular el consumo de tabaco en los lugares públicos. A pesar de ello, la industria mantuvo las dudas ante la opinión pública durante más de 20 años, hasta que la publicación del Informe de la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer de la OMS (International Agency for Research on Cancer, 2004) ha convertido los hechos probados en irrefutables y numerosos países europeos (Irlanda, Noruega, Suecia, Italia, Malta, España, Escocia, Inglaterra...) han adoptado estrictas medidas para proteger a la población del HAT.

A pesar de ello, todavía en la última fase, y tal como ha sucedido en España, incluso después de la promulgación de leyes reguladoras del consumo en los centros de trabajo y otros lugares públicos, la industria sigue concentrado sus esfuerzos en mantener la controversia, la duda y la confusión en la opinión pública manipulándola mediante una amplia red de organizaciones dependientes (supuestos clubes de fumadores por “la tolerancia”), sectores de sus negocios de distribución (hosteleros, minoristas) y algunos —cada vez menos— políticos o miembros de las administraciones locales o regionales que salen en defensa de intereses ajenos a la población.

#### 4. HORIZONTES LEGISLATIVOS EN EUROPA Y ESTRATEGIAS DE LA INDUSTRIA

Cuando la legislación europea avanza hacia un control progresivo de los privilegios que durante décadas ha disfrutado la industria del tabaco, las compañías tabacaleras están intensificando en la actualidad el desarrollo de estrategias, cada vez más sofisticadas, de presión política y de promoción de una imagen positiva y políticamente correcta de sus corporaciones industriales, de sus productos y del consumo de sus productos.

La industria tabacalera está perdiendo clientes, en España y en el resto de países industrializados. La OMS ha calculado que en todo el mundo, la industria pierde más de 8.000 clientes por día, sumando el número de personas que dejan de fumar y las que mueren prematuramente debido al consumo de tabaco. Las compañías de tabaco se quedarían sin mercado en pocos años si no renovaran constantemente su clientela. Así, para conseguir el mantenimiento o el incremento de las ventas, necesitan la incorporación de nuevos fumadores. Tanto por los contenidos de los mensajes, como por los canales de difusión de la promoción del tabaco, se puede comprobar dónde concentra la industria sus inversiones para la captación de nuevos clientes. En este momento, los grupos diana a los que se dirige son los grupos de población más vulnerables en muchos sentidos (no sólo en el sanitario). Son los niños/adolescentes, las mujeres de todas las edades y los grupos con menos recursos económicos: las clases sociales menos favorecidas de los países ricos y la población general de los países pobres (Chapman y Aitkin, 1988).

Una nueva vía de promoción abierta por las multinacionales que también afecta a los países europeos es el patrocinio de producciones cinematográficas destinadas al gran público, en las que parte del contrato contempla la obligación de que los protagonistas salgan fumando, a cambio de contribuciones de más de 350.000 dólares. Entre 1990 y 1996 se observa que el 57% de los protagonistas de las películas de Hollywood fuman, en comparación al 14% de fumadores existente en el mundo real entre el mismo grupo socioeconómico al que representan. Durante el mismo período, el consumo de tabaco mostrado en las películas americanas se ha incrementado hasta los niveles de 1960, año en el que sí respondían a una representación de lo que sucedía en el mundo real. Otro capítulo de crecientes inversiones es el denominado como “adhesiones y testimonios”, a través del cual conocidos actores y actrices han llegado a cobrar hasta 500.000 dólares por aparecer fumando en películas, actos públicos, ruedas de prensa, etc. Un 68% de las películas destinadas al público infantil, producidas entre 1937 y 1997 por Walt Disney Co., MGM/United Artists, Warner Brothers Studios, Universal Studios y 20<sup>th</sup> Century Fox, muestran episodios de consumo de tabaco y/o alcohol, sin que en ningún caso exista algún tipo de mensaje referido a las consecuencias de dicho consumo para la salud (Stockwell y Glantz, 1997; Chapman y Davis, 1997; Mcintosh y cols., 1998; Everett, Schnuth y Tribble, 1998; Goldstein, Sobel y Newman, 1999).

En nuestro país no son públicas las inversiones que la industria dedica a promoción intangible de sus intereses, sin embargo vemos cómo esta estrategia se traduce en el apoyo

económico a asociaciones de fumadores o premios “a la tolerancia” otorgados a personajes públicos.

## 5. LA RESPONSABILIDAD DE LOS PROFESIONALES DE LA INFORMACIÓN

En este marco, contribuir al avance en el conocimiento del problema y la eficacia de las políticas de prevención, control y asistencia a las personas que fuman y quieren dejar de fumar constituye un reto y una responsabilidad ineludible para los profesionales de la información.

En los últimos años las administraciones públicas están dando pasos muy relevantes para el control y la prevención del tabaquismo, en línea con las propuestas de la OMS, la Unión Internacional contra el Cáncer (UICC) (Comité de Expertos de la OMS, 1974, 1979; Roemer 1988, 1995; Nutbean y Mendoza, 1988; Raw, White y McNeill, 1990; Oficina Regional Europea de la OMS, 1992; Chollat-Traquet, 1993; Joossens, 1997; European Commission, 2004). Desde la creación del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT), estas iniciativas están contando con su apoyo e impulso (CNPT, 1998). El paso más reciente dado por España en este sentido ha sido la ratificación del y el Convenio Marco para el Control del Tabaquismo, propuesto por la OMS y ratificado por nuestro país en enero de 2005; todas las medidas contempladas en la Ley 28/2005 son medidas previstas en el Convenio Marco de la OMS, que constituye un compromiso político vinculante para cada país que lo ratifica.

Sin embargo, todavía queda mucho camino por recorrer, en el ámbito legislativo, por ejemplo: la protección de los profesionales de la hostelería, un grupo de trabajadores que ha quedado desprotegido frente al HAT en la Ley 28/2005. También queda mucho por avanzar en la aplicación de medidas económicas, el incremento de impuestos tiene que permitir a España equiparar los precios con los del resto de países de la UE. Hay que intensificar el desarrollo periódico de medidas informativas, de programas de educación y generalizar la oferta de asistencia terapéutica eficaz para apoyar a las personas que quieren dejar de fumar, que son la mayoría de quienes fuman.

Para intervenir en un campo donde los intereses económicos pesan tanto, nuestros representantes políticos necesitan ver que la mayoría de la población exige una intervención política valiente y decidida para: promover la protección del derecho a la salud de la población; proteger a los sectores más vulnerables de la población frente a las estrategias poco éticas de la industria del tabaco para expandir su mercado; y ayudar a la mayoría de personas que fuman a dejar de hacerlo, ya que son ellas las primeras víctimas del problema.

Por ello, la consecución de una política coherente, amplia y multisectorial para el control del tabaquismo pasa de forma irrenunciable por el fortalecimiento de una corriente de opinión con amplia base social y crítica con los déficits actuales. La experiencia de otros países nos indica que los profesionales de la información, junto a los profesionales de la salud, son un motor clave para que se avance en la percepción social del problema.

Aprender a mantener una relación fluida y de confianza entre ambos sectores profesionales es un elemento indispensable del reto que tenemos ante nosotros. Los avances conseguidos hasta ahora nos indican que, a pesar de tener en contra importantes poderes económicos, es posible avanzar, por difícil que parezca. La mejora de la calidad de vida y de la esperanza de vida de toda la ciudadanía española bien lo merece.

## BIBLIOGRAFÍA

- BANEGAS BANEGAS, J. R., RODRÍGUEZ ARTALEJO, F., MARTÍN MORENO, J. M., GONZÁLEZ-ENRÍQUEZ, J., VILLAR ÁLVAREZ, F. y GUASCH AGUILAR, A. (1993): "Proyección del impacto del hábito tabáquico sobre la salud de la población española y de los beneficios potenciales de su control". *Med Clin (Barc)*; 101: 644-649.
- , DÍEZ GAÑÁN, L., GONZÁLEZ-ENRÍQUEZ, J., VILLAR ÁLVAREZ, F. y RODRÍGUEZ ARTALEJO, F. (2005): "La mortalidad atribuible al tabaquismo comienza a descender en España". *Med Clin (Barc)*; 124 (20): 769-771.
- BJARTVEIT, K. (1990): *Fifteen years of comprehensive legislation: results and conclusions*. Paper presented at the Seventh World Conference on Tobacco & Health. Perth, Western Australia.
- CENTRO FEMINISTA DE ESTUDIOS Y DOCUMENTACIÓN (1985): *El trabajo de las mujeres a través de la historia*. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de Cultura.
- CNPT (1998): "Recomendaciones del Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo". En *Libro Blanco sobre el tabaquismo en España. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo*. Barcelona: Glosa Ediciones.
- COMITÉ DE EXPERTOS DE LA OMS (1974): *Consecuencias del tabaco para la Salud*. Serie de informes técnicos, n.º 568. Ginebra: Ed. OMS.
- (1979): *Lucha contra el tabaquismo epidémico*. Serie de informes técnicos, n.º 636. Ginebra: Ed. OMS.
- CHAPMAN, S. y AITKIN, P. (1988): *Promoviendo el tabaco. Publicidad y promoción del tabaco*. Comisión Europea & British Medical Association. Madrid: Ed. OMS.
- CHAPMAN, S. y DAVIS, R. D. (1997): "Smoking in movies is it a problem?" *Tobacco Control* 6: 296-271.
- CHOLLAT-TRAQUET, C. (1993): *La mujer y el tabaco*. Ginebra: Ed. OMS.
- DEPARTMENT OF HEALTH (1994): *The importance of price in reducing tobacco consumption*. Londres: Ed. UK Department of Health.
- EUROPEAN COMMISSION (2004): *Tobacco or Health in the European Union*. Luxembourg: The ASPECT Consortium. Directorate-General for Health and Consumer Protection. European Commission.
- EUROPEAN NETWORK ON SMOKING PREVENTION (1999): *La igualdad se va con el humo: las mujeres y el tabaco en la Unión Europea*. Bruselas: ENSP.
- EVERETT, S. A., SCHNUTH, R. L. y TRIBBLE, J. L. (1998): "Tobacco and alcohol use in top-grossing American films". *Journal of Community Health*. 23(4): 317-324.
- GOLDSTEIN, A. O., SOBEL R. A. y NEWMAN, G. R. (1999). "Tobacco and alcohol use in G-rated children's animated films". *JAMA*. 281 (12): 1131-1136.
- GONZÁLEZ-ENRIQUEZ, J., VILLAR ÁLVAREZ, F., BANEGAS BANEGAS, J. R., RODRÍGUEZ ARTALEJO, F. y MARTÍN MORENO, J. M. (1989): "Muertes atribuibles al consumo de tabaco en España". *Med Clin (Barc)*; 92: 15-18.
- (1997): "Tendencia de la mortalidad atribuible al tabaquismo en España, 1978-1992: 600.000 muertes en 15 años". *Med Clin (Barc)*; 109: 577-82.
- HEALTH EDUCATION AUTHORITY (1994): *Tobacco taxes in the European Union*. Londres: Health Education Authority & International Union Against Cancer.

- INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (2004): *Tobacco smoke and involuntary smoking*. Lyon. IARC Monograph Series on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans, Vol. 83.
- JOOSSENS, L. (1997): *The effectiveness of banning advertising for tobacco products*. Bruselas: Ed. International Union against Cancer.
- JOOSSENS, L., NAETT, C. y HOWIE, C. (1992): *Taxes on Tobacco Products, a Health Issue*. Bruselas: Ed. European Bureau for Action on Smoking and Health.
- LÓPEZ, J. y HERNANDEZ, J. (1990): *Una historia del tabaco en España*. Madrid: Ed. Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación.
- LÓPEZ NICOLÁS y PINILLA DOMÍNGUEZ, J. (2006): *Evaluación del impacto de la Ley de Medidas sanitarias contra el tabaquismo en los costes empresariales y sanitarios*. Universidad Pompeu Fabra (Departamento de Economía y Empresa y CRES) y Universidad Politécnica de Cartagena (Departamento de Economía) y Universidad de Las Palmas de Gran Canaria (Departamento de Métodos Cuantitativos en Economía y Gestión). En: [http://www.cnpt.es/Informe\\_fiscalidad\\_01\\_pdf](http://www.cnpt.es/Informe_fiscalidad_01_pdf)
- MCINTOSH, W., BAZZINI, D. G., SMITH S. M. y WAYNE S. M. (1998): Who smokes in Hollywood? Characteristics of Smokers in Popular films from 1940 to 1989. *Addictive Behaviours*. 23 (3): 395-398.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO (1978): *Estudio nacional sobre el hábito de fumar en España*. Madrid.
- (1992): *Estudio de los estilos de vida de la población adulta española*. Madrid: Dirección General de Salud Pública.
- (2003): *Plan Nacional de Prevención y Control del Tabaquismo, 2003-2007*. Madrid: Dirección General de salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- NUTBEAN, D. y MENDOZA, R. (1988): *Planificación de una generación sin tabaco*. Madrid: OMS, Comisión Europea & British Medical Association.
- OFICINA REGIONAL EUROPEA DE LA OMS (1992): *Se puede lograr. Una Europa libre de tabaco*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- PHILIP MORRIS INC. (1990): Corporate Affairs work plan Spain and Portugal. Document ID: 2501026750-6761. URL: <http://www.pmdocs.com>.
- RAW, M., WHITE, P. y MCNEILL, A. (1990): *Clearing the Air. A guide for action on Tobacco*. Londres: British Medical Association, World Health Organization & European Commission.
- ROEMER, R. (1988): *Estrategias legislativas para una Europa sin tabaco*. Madrid: Ed. OMS; Comisión Europea & British Medical Association.
- (1995): *Acción legislativa contra la epidemia mundial del tabaco*. Ginebra: Ed.OMS.
- SALVADOR, T. (1996): *Tabaquismo*. Madrid: Aguilar.
- SALVADOR, LLIVINA, OÑORBE DE TORRE Y GONZÁLEZ ALONSO, J. (2006): "Impacto sanitario y económico del tabaquismo en el medio laboral: revisión de la evidencia científica". En: Baroja Benlliure, J., Salvador Llivina, T., Córdoba García, R. y Vllalbí Hereter, J. R.: *Espacios laborales libres de humo*. Madrid: Comité Nacional de Prevención del Tabaquismo. Ministerio de Sanidad y Consumo: pp. 49-88.
- SERVICIO DE ESTUDIOS DE TABACALERA (1981): *Actualidad Tabaquera*. Documento, n.º 1. Madrid.
- STOCKWELL, T. F. y GLANTZ, S. A. (1997): "Tobacco use is increasing in popular films". *Tobacco Control*. 6(4): 282-284.
- TOBACCO REPORTER FOR THE INTERNATIONAL TOBACCO INDUSTRY (1980): "Spain's tobacco: A growing interest". *Tobacco Reporter*, February.
- TOWSEND, J. (1988): *El precio del tabaco y la epidemia del tabaquismo*. Madrid: OMS, Comisión Europea y British Medical Association.
- WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE (1994): Copenhagen: *The economics of a tobacco-free society*.
- WORLD BANK (1999): *Curbing the epidemic: Governments and the Economics of Tobacco Control*. Washington: World Bank Development in Practice Series.

# Comunicar la salud: Análisis comparativo de dos campañas de comunicación para la salud realizadas en Galicia en los años noventa

MANUEL MARTÍN ALGARRA

Galicia no ha sido ajena al notable incremento experimentado en todo el mundo en el número de campañas de comunicación y salud. En los últimos años, tanto instituciones no gubernamentales como las diversas administraciones públicas han venido realizando campañas o tienen en marcha programas de promoción de la salud sobre temas diversos.

Como en muchos otros lugares, el cáncer y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) han sido objeto de campañas y programas importantes. Concretamente, vamos a centrar nuestro análisis en dos programas con larga tradición: el “Programa gallego de detección precoz del cáncer de mama”, iniciado en noviembre de 1992, y el programa “O VIH/SIDA na comunidade escolar”, iniciado en el curso 1991-1992. Los dos han mantenido su actividad en sucesivas ediciones.

El interés del análisis de casos en la investigación sobre comunicación y salud ha sido destacado en diversos trabajos. Como señala Eileen Berlin Ray, “el estudio de casos en la comunicación sobre salud es particularmente apropiado, ya que proporciona un vehículo de aplicación de la teoría del que resulta una penetración y un conocimiento difícilmente alcanzable con otros métodos”<sup>1</sup>. Aplicar los progresos de la investigación en campañas de comunicación y salud a casos concretos, además de ser un instrumento para la evaluación sumativa<sup>2</sup> desde el punto de vista de la práctica profesional, permite extraer conclusiones y generalizaciones que desarrollan el cuerpo teórico de la comunicación.

Los dos casos que vamos a analizar cuentan a su favor con una serie de factores que han determinado nuestra elección:

1. Los dos son programas, no campañas aisladas, lo que nos permite contar con algunos datos sobre su desarrollo y sus resultados, puesto que, por haber comenzado en 1991 y

---

1. E. B. Ray, “Introduction”, en E. B. Ray (ed.), *Case studies in health communication*, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, 1993, p. xvi.

2. Cfr. C. K. Atkin y V. Freimuth, “Formative evaluation research in campaign design”, en R. E. Rice y C. Atkin, *Public Communication Campaigns*, Sage, Newbury Park, 1990, pp. 144-149.

- 1992 respectivamente, se han realizado evaluaciones de las campañas realizadas dentro de ambos programas.
2. Los dos programas han sido puestos en marcha por una misma entidad: la Dirección Xeral de Saúde Pública de la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia. El material necesario para realizar este análisis está disponible para su consulta en el mencionado organismo.
  3. Son programas que se ocupan de problemas de salud con una importante relevancia social. Tanto el cáncer de mama como el SIDA son enfermedades con una incidencia importante en Galicia<sup>3</sup>, relacionadas con conductas y hábitos de vida. La prevención y la mejora en la salud es posible por medio de la promoción de determinados conocimientos, actitudes y comportamientos. En los dos casos que se estudian se aplica fundamentalmente, aunque con matices, la estrategia persuasiva que sigue el modelo clásico: información-actitud-comportamiento<sup>4</sup>.
  4. Son problemas distintos, que exigen estrategias distintas por la naturaleza de ambas enfermedades, su epidemiología, etc. Los planteamientos de las campañas tendrán que mantener una cierta similitud estructural y, al mismo tiempo, ser diversos en su ejecución<sup>5</sup>: planteamiento de objetivos, público objetivo, canales, etc. Concretamente, el "Programa gallego de detección precoz del cáncer de mama" es básicamente la aplicación de una estrategia de control social, mientras que el "Programa escolar sobre VIH/SIDA" responde a una estrategia esencialmente educativa.

## 1. CÁNCER DE MAMA Y SIDA EN GALICIA EN LOS AÑOS NOVENTA

### EL CÁNCER DE MAMA EN GALICIA

A mediados de los años noventa se diagnosticaban anualmente en Galicia alrededor de 660 casos de cáncer de mama, lo que suponía que, cada año una de cada 2.000 gallegas desarrollaba este tumor. El cáncer de mama es el tumor femenino más frecuente (15,4% del total de tumores).

La incidencia por edades no es homogénea: el tumor aparece desde los 20 años y aumenta su incidencia conforme aumenta la edad. Casi el 40% de los casos se presentan en el grupo de mujeres con edades comprendidas entre los 50 y 64 años (que corresponde a me-

---

3. Cfr. "Programa gallego de detección precoz del cáncer de mama", *Documentos técnicos de salud pública*, serie A, n.º 1, Dirección Xeral de Saúde Pública, Xunta de Galicia, Santiago de Compostela, 1992, pp. 19-22 y datos del Rexistro galego da SIDA, 1 de julio de 1996.

4. Cfr. C. Hovland, I. Janis y H. Kelley, *Communication and persuasion*, Yale University Press, New Haven, 1953.

5. Cfr. J. D. Brown y E. F. Einsiedel, "Public health campaigns: Mass media strategies", en E. B. Ray y L. Donohew (eds.), *Communication and health. Systems and applications*, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, 1990 y . E. M. Rogers y J. D. Storey, "Communication campaigns", en C. R. Berger y S. H. Chaffee (eds.), *Handbook of communication science*, Sage, Beverly Hills, 1987.

nos del 20% del total de mujeres), y sólo un 19% de los casos son detectados en las mujeres más jóvenes. Esto quiere decir que, si para la media se puede afirmar que, cada año, una de cada 2.000 gallegas desarrolla un cáncer de mama, entre las mujeres de 50 a 64 años la frecuencia aumenta al doble, diagnosticándose cada año, aproximadamente, un tumor por cada 1.000 mujeres de este grupo de edad<sup>6</sup>.

Por lo que se refiere a la mortalidad, en 1993 murieron en Galicia 386 mujeres por cáncer de mama. Es la primera causa de muerte por tumores en mujeres: un 15% de las mujeres muertas por cáncer lo padecieron. El 84% de esas muertes se produjeron entre mujeres de 50 o más años<sup>7</sup>. El cáncer de mama es, por tanto, una de las primeras causas de muerte prematura.

Entre los años 1987 y 1989 se observó un incremento de la mortalidad y de la incidencia de este tumor que, por otra parte, afecta a mujeres cada vez más jóvenes<sup>8</sup>.

### EL SIDA EN GALICIA<sup>9</sup>

En julio de 1996 se habían diagnosticado 1.942 casos de SIDA en Galicia, lo que da una tasa de 711 casos por millón de habitantes. El número de casos diagnosticados se ha ido incrementando hasta el año 1994. En 1995, los casos de SIDA han descendido ligeramente con respecto al año anterior<sup>10</sup>.

La edad media de diagnóstico se incrementó, pasando desde los 29 años en 1988 a los 34 en 1996. En cuanto a la distribución por sexos, en Galicia, son más los hombres que las mujeres con SIDA (1.535 casos en hombres frente a 407 en mujeres). Las edades con una incidencia mayor son las comprendidas entre los 20 y los 39 años: en esa franja de edad hay un total de 1.653 enfermos (1.308 hombres y 345 mujeres), lo que supone el 85% del total de enfermos de SIDA.

Además de las variables epidemiológicas habituales, utilizadas también al hablar del cáncer de mama, en el caso del SIDA hay que tener también en cuenta las vías de transmisión del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que causa la enfermedad.

6. Cfr. "Programa gallego de detección precoz del cáncer de mama", *Documentos técnicos de salud pública*, serie A, n.º 1, Dirección Xeral de Saúde Pública, Xunta de Galicia, Santiago de Compostela, 1992, p. 19.

7. Cfr. Registro de mortalidad, Dirección Xeral de Saúde Pública, Consellería de Sanidade, Xunta de Galicia, 1993.

8. Cfr. "Programa gallego de detección precoz del cáncer de mama", *Documentos técnicos de salud pública*, serie A, n.º 1, Dirección Xeral de Saúde Pública, Xunta de Galicia, Santiago de Compostela, 1992, p. 22.

9. La epidemiología distingue al enfermo de SIDA del portador de VIH. Este último no se considera enfermo de SIDA mientras no desarrolla una serie de patologías propias de las personas inmunodeficientes. La infección por VIH es, por tanto, un estado previo y asintomático del SIDA. Esta distinción entre portadores del VIH y enfermos de SIDA tiene además una razón de ser de carácter práctico: mientras que no es difícil llegar a conocer a las personas con SIDA, ya que al manifestarse los síntomas de la enfermedad acuden al médico, no ocurre lo mismo con los portadores del VIH, que por no presentar síntomas o presentarlos en menor medida no se someten a controles médicos que permitan conocer si es portador del virus o no. Resumiendo: resulta difícil conocer con exactitud quiénes y cuántos son los portadores del VIH, mientras que el registro de enfermos de SIDA es más fácilmente elaborable.

10. Todos los datos que figuran a continuación proceden del Registro gallego da SIDA, 1 de julio de 1996.

El VIH sólo se contrae por contagio. En Galicia, alrededor del 75% de los enfermos de SIDA son usuarios de droga por vía parenteral (UDVP). Siguen a este grupo los que contrajeron el VIH en relaciones heterosexuales (alrededor del 12% de total); en relaciones homosexuales o bisexuales (alrededor del 11%) y los que contrajeron el VIH en transfusiones, o durante el período de gestación. Por lo que se refiere a las tendencias en las vías de contagio, estos dos últimos grupos (contagio en transfusiones o durante la gestación) tienden a disminuir. El número de los receptores del VIH en relaciones homosexuales o bisexuales, así como el número de los USVP receptores del virus se mantiene o disminuye ligeramente. Sin embargo, los casos de SIDA diagnosticados en receptores del VIH en relaciones heterosexuales se ha incrementado notablemente: en el bienio 1988-1990 eran el 5,7% del total, mientras que en el bienio 1994-1996 alcanzaron el 20,9%.

En nuestro análisis de los programas, vamos a estudiar en cada uno de ellos cinco pasos que deben darse en la elaboración de las campañas de comunicación pública: 1) definición del problema y fijación de los objetivos; 2) determinación del público objetivo; 3) selección de canales y medios de comunicación; 4) creación los mensajes; y 5) evaluación. Aplicaremos esas fases como esquema de análisis a ambos programas y trataremos de averiguar cómo han ejecutado los pasos que la investigación en campañas de comunicación y salud determina necesarios para su correcta puesta en práctica.

## 2. PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DEL CÁNCER DE MAMA

### DEFINICIÓN DEL PROBLEMA Y FIJACIÓN DE LOS OBJETIVOS

Una enfermedad puede ser considerada por las autoridades sanitarias como un problema de carácter científico, que se resuelve con investigación; como un problema de carácter sanitario, que se resuelve con la asistencia médica; como un problema social, que se resuelve con la atención social y la solidaridad ciudadana; y, en algunos casos, como un problema educativo, que se resuelve con información y acciones educativas.

En el caso que vamos a considerar del “Programa de detección precoz del cáncer de mama”, el promotor de la campaña planteó el cáncer de mama como un problema fundamentalmente sanitario, al que había que responder con una acción de asistencia médica<sup>11</sup>. La consiguiente determinación de objetivos es la lógica en ese análisis del problema. Así, en este Programa, se dejaban en un segundo plano las acciones científicas (fomento de la investigación, etc.), sociales<sup>12</sup> (atención no médica de los enfermos y sus familiares, fomento de la

11. Cfr. “Programa gallego de detección precoz del cáncer de mama”, *Documentos técnicos de salud pública*, serie A, n.º 1, Dirección Xeral de Saúde Pública, Xunta de Galicia, Santiago de Compostela, 1992, pp. 11-18.

12. Este tipo de atención, en algunos casos como el de Pontevedra, fue proporcionada por la Asociación Española contra el Cáncer (AECC), que trabaja desde hace años en la atención humana y sanitaria de los enfermos de cáncer. Sin embargo, esta atención no formó parte del Programa, aunque la AECC ha prestado y presta su colaboración a la Consellería de Sanidade para el mejor desarrollo del Programa.

solidaridad social, etc.) y educativas (más información sobre hábitos de vida y alimentación que inciden sobre el cáncer, enseñanza de la autoexploración, etc.), para centrarse en objetivos más perentorios: evitar muertes por esta enfermedad.

El Programa tenía un objetivo general: “Disminuir la mortalidad por cáncer de mama en Galicia en un porcentaje superior al 25% al cabo de 6 años”<sup>13</sup>. Para alcanzarlo, se planteaban también unos objetivos específicos que se concretaron en una serie de objetivos estratégicos, que son los pasos necesarios para su realización<sup>14</sup>. Concretamente, los objetivos específicos fueron:

- Lograr la aceptación del Programa por parte de la población general.
- Alcanzar una participación del 70% del público objetivo.
- Crear la estructura adecuada para el diagnóstico y posterior seguimiento de las mujeres positivas.
- Elaborar y mantener el Sistema de Información del Programa.

#### DETERMINACIÓN DEL PÚBLICO OBJETIVO

El Programa segmentó la población y determinó que las mujeres de 50 a 65 años residentes en Galicia constituirían el público objetivo, ya que ése es el grupo de edad en el que la incidencia del cáncer de mama y la mortalidad por ese tumor es mayor. Ciertamente, determinar ese público objetivo supone dejar de lado a un sector de la población que también puede verse afectado por el problema (mujeres menores de 50 años y mayores de 65), pero no es menos cierto que la selección de ese público objetivo permite alcanzar el objetivo de modo más realista y con una inversión material asequible.

#### SELECCIÓN DE CANALES Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

El “Programa de detección precoz de cáncer de mama” utilizó la comunicación interpersonal por carta para acceder a las mujeres que componían el público objetivo. La respuesta a este modo de citar a las mujeres para las exploraciones fue del 79,2%<sup>15</sup>. Hay, no

13. “Programa gallego de detección precoz del cáncer de mama”, *Documentos técnicos de salud pública, serie A, n.º 1*, Dirección Xeral de Saúde Pública, Xunta de Galicia, Santiago de Compostela, 1992, p. 32.

14. Cfr. *Ibid.*, pp. 32-33.

15. Este dato procede del informe de resultados de la “Avaliación de grao de satisfacción co Programa de detección precoz do cancro de mama”. Esta evaluación consistió en una encuesta telefónica realizada por la empresa Obradoiro de Socioloxía, S. L. entre los días 8 y 12 de mayo de 1996 a 705 mujeres usuarias del Programa. El muestreo fue estratificado polietápico, con selección por muestreo aleatorio simple en la última unidad muestral (individuo). El error estadístico de la encuesta es del 3,7% para los datos globales.

obstante, un dato que confirma la eficacia ya conocida de la comunicación cara a cara en este tipo de acciones: en la provincia de Pontevedra, durante el año 1994, la citación por carta se complementó con la visita de voluntarias de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) —que participaba con la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia en la realización del Programa— a las mujeres citadas. Sin embargo, por razones diversas, las visitadoras de la AECC no continuaron esa actividad en los años 1995 y 1996. El resultado habla por sí mismo: la participación en Pontevedra pasó de un 76,67% en 1994 (la más alta de las cuatro provincias gallegas) a un 64,41% en julio de 1996 (la más baja).

También se aplicó la comunicación grupal con líderes de opinión que pudieran facilitar el desarrollo del Programa: autoridades municipales, médicos y personal sanitario, etc.

El recurso a la comunicación de masas fue, sin embargo, escaso e incidental. Aunque inicialmente el Programa había previsto una acción importante a través de los medios<sup>16</sup>, la comunicación en este nivel consistió básicamente en la difusión de folletos y carteles informativos, distribuidos principalmente en los ambulatorios del Servicio Galego de Saúde, la información sobre el Programa facilitada a los medios por el Gabinete de Prensa de la Consellería de Sanidade (especialmente la presentación pública del Programa el 3 de noviembre de 1992), la participación de algunos de los responsables del Programa en los medios (entrevistas, programas-debate, etc.) y algunos mensajes publicitarios emitidos por la radio.

#### LA CREACIÓN DE LOS MENSAJES

Puesto que la comunicación se planteó fundamentalmente en contextos interpersonales, el proceso de creación de los mensajes limitó a la redacción de una serie de cartas dirigidas a las componentes del público objetivo para presentar el Programa, citarlas a las exploraciones y comunicar los resultados.

Los folletos y carteles utilizados se limitaban a contar en qué consistía el Programa y a ofrecer un número de teléfono para obtener más información. No llevaban una gran carga de trabajo creativo, tal vez porque el acceso al público objetivo estaba garantizado y porque la comunicación por carta se vió complementada con llamadas telefónicas en los casos necesarios, asegurando así una alta participación.

Es probable que un uso mayor de los medios de comunicación de masas no hubiera mejorado el cumplimiento de los objetivos asistenciales que el Programa alcanzó. Sin embargo, la ausencia de la comunicación de masas dificulta enormemente alcanzar el prime-

16. Cfr. "Programa gallego de detección precoz del cáncer de mama", *Documentos técnicos de salud pública*, serie A, n.º 1, Dirección Xeral de Saúde Pública, Xunta de Galicia, Santiago de Compostela, 1992, pp. 34 y 39.

ro de los objetivos específicos que se proponía el Programa: la aceptación del programa por parte de la población general. Y ello hace más difícil la consecución de los dos objetivos estratégicos: conseguir que se valore la gran importancia del proyecto, y disminuir el temor que tiene la población frente al cáncer y lograr que no sienta rechazo ante su detección precoz<sup>17</sup>.

Este último objetivo estratégico —disminuir entre la población el rechazo a la detección precoz— es especialmente adecuado para ser llevado a cabo a través de medios de comunicación. Por otra parte, el escaso recurso a la comunicación de masas puede dificultar que la población general valore la importancia del Programa. Prueba de ello es que un 48,5% de las mujeres que participaron en el Programa no sabía quién era el promotor y el 41,2% citan a la Xunta de Galicia de un modo genérico<sup>18</sup>.

Por otra parte, aunque el Programa se marcaba un plazo de 6 años para alcanzar sus objetivos, la participación en él disminuyó un 3% entre 1994 y 1996 —del 73,15% al 70,15%—, situándose en el límite mínimo marcado por los objetivos del Programa (alcanzar una participación del 70% del público objetivo). Tal vez el recurso a los medios hubiera ayudado a corregir esa tendencia negativa.

## EVALUACIÓN

El planteamiento inicial del programa estableció la aplicación de evaluación formativa y sumativa. En la definición de los objetivos y estrategias del Programa se aplicó la evaluación formativa, utilizando los datos disponibles en los distintos registros sanitarios y demográficos existentes. Por otra parte, la Dirección Xeral de Saúde Pública iba recogiendo los datos mensuales y proporcionándoselos a los responsables del Programa en sus distintas zonas operativas para que pudieran tomar las decisiones oportunas.

Por lo que se refiere a la evaluación sumativa, el “Programa de detección precoz del cáncer de mama” realizó una evaluación por campaña en cada municipio atendiendo a la tasa de mortalidad del público objetivo, a la supervivencia media de los tumores detectados, a la tasa de detección, al número de mujeres a las que se había diagnosticado un cáncer de mama según diversas categorías del desarrollo del tumor, a la participación, al abandono del Programa con las razones que lo motivaron y a los costes<sup>19</sup>.

---

17. Cfr. “Programa gallego de detección precoz del cáncer de mama”, *Documentos técnicos de salud pública*, serie A, n.º 1, Dirección Xeral de Saúde Pública, Xunta de Galicia, Santiago de Compostela, 1992, pp. 32-33.

18. Informe de resultados de la “Avaliación de grao de satisfacción co Programa de detección precoz do cancro de mama”.

19. Cfr. “Programa gallego de detección precoz del cáncer de mama”, *Documentos técnicos de salud pública*, serie A, n.º 1, Dirección Xeral de Saúde Pública, Xunta de Galicia, Santiago de Compostela, 1992, pp. 41-42.

### 3. PROGRAMA ESCOLAR SOBRE VIH/SIDA

#### DEFINICIÓN DEL PROBLEMA Y FIJACIÓN DE LOS OBJETIVOS

Como sucede en el caso del cáncer de mama, la infección por VIH/SIDA, como problema objeto de una campaña, puede recibir consideraciones diversas. Podemos referirnos a ella como un problema de investigación científica, como una enfermedad que se padece o se puede llegar a padecer, como un problema de tipo asistencial o como un problema educativo. Cada uno de estos enfoques del VIH/SIDA exigirá planteamientos distintos a la hora de acometerlos en campañas o programas, ya que los objetivos apropiados para cada planteamiento, así como el público objetivo son distintos.

El Programa “O VIH/SIDA na comunidade escolar” planteaba el problema de la campaña en la perspectiva educativa: considera el VIH/SIDA como “un importante problema de salud para la comunidad” que exige como respuesta “una estrategia educativa capaz de conseguir la puesta en marcha por parte de la población de las medidas preventivas establecidas como eficaces para evitar la transmisión y expansión del virus”<sup>20</sup>. El planteamiento que se adoptó fue, por tanto, fundamentalmente educativo: ofrecer información para promover la adopción de medidas preventivas. Sin embargo, la fijación de objetivos que se realizó respondió a un planteamiento del problema que iba más allá de la educación para la prevención. Concretamente, para la campaña de 1995-1996 se planteaban los siguientes objetivos generales<sup>21</sup>:

- Prevenir la transmisión de la infección por VIH/ SIDA en los jóvenes de Galicia.
- Combatir la discriminación para lograr la integración de las personas afectadas en el medio escolar.
- Promover la solidaridad con las personas afectadas por el VIH o que padecen el SIDA.

Como se ve, la definición de los objetivos generales del programa —que son los más cercanos a la definición del problema— era dispersa, ya que planteaban dos facetas distintas del problema de la infección por VIH/SIDA: por una parte, la educación para la prevención y, por otra, la solidaridad con los afectados por la enfermedad. Cada uno de esos planteamientos exige, como ya hemos mencionado, objetivos específicos y estrategias diferentes.

20. *O VIH/SIDA na comunidade escolar: Educar para previr. Manual para o profesorado*, Dirección Xeral de Saúde Pública, Xunta de Galicia, Santiago de Compostela, 1995, p. 9.

21. Cfr. “Programa escolar sobre VIH/SIDA 95/96”, Documento de trabajo de la Dirección Xeral de Saúde Pública, Xunta de Galicia, Santiago de Compostela, 1996.

La duplicidad de objetivos —educativos y sociales— no está tan clara en la enumeración de los objetivos específicos, que se centran más en la faceta estrictamente educativa, dejando de lado la faceta social<sup>22</sup>:

- Mejorar los conocimientos del alumnado diana en relación con la infección por el VIH/SIDA.
- Mejorar las actitudes y comportamientos del alumnado diana en relación con la infección por el VIH/SIDA.
- Sensibilizar y formar al profesorado de Enseñanza Secundaria en relación con la infección por el VIH/SIDA.
- Sensibilizar y formar a los padres y madres del alumnado diana en relación con la infección por el VIH/SIDA.

Los objetivos de este Programa eran algo más dispersos que los del “Programa de detección precoz del cáncer de mama”. También eran menos concretos ya que no planteaban un objetivo numérico y mensurable ni el plazo para alcanzarlo.

#### DETERMINACIÓN DEL PÚBLICO OBJETIVO

También en este punto encontramos una cierta dispersión en la definición del público objetivo, ya que se señalaban tres grupos de población ciertamente relacionados con el ámbito escolar, pero claramente distintos: por una parte, los alumnos de 1.º de BUP, 1.º de FP y 3.º de ESO de Galicia; por otra, los profesores de esos estudiantes; y, por último, los padres de los alumnos.

Parece evidente que, tanto profesores como padres, figuran entre el público objetivo porque pueden contribuir —como líderes de opinión— a la consecución del objetivo de la campaña. Sin embargo, ni en la determinación del público objetivo ni en la de los objetivos del Programa se les dio tal tratamiento<sup>23</sup>. En cualquier caso, los materiales de la campaña hacen ver que, en el mismo planteamiento de la campaña, el profesorado es quien lleva a cabo “las tareas de enseñanza-aprendizaje sobre la infección VIH/SIDA”<sup>24</sup>. Por eso, en sentido estricto, el público objetivo lo componen los estudiantes, mientras que padres y educadores ayudan a llegar a los estudiantes más eficazmente.

La campaña tiene un importante carácter informativo general sobre el VIH/SIDA, puesto que el primer objetivo del Programa es “prevenir la transmisión de la infección

22. Cfr. “Programa escolar sobre VIH/SIDA 95/96”, Documento de Trabajo de la Dirección Xeral de Saúde Pública, Xunta de Galicia, Santiago de Compostela, 1996.

23. Cfr. *Ibid.*

24. *O VIH/SIDA na comunidade escolar: Educar para previr. Manual para o profesorado*, Dirección Xeral de Saúde Pública, Xunta de Galicia, Santiago de Compostela, 1995, p. 9.

por VIH/SIDA en los jóvenes de Galicia”<sup>25</sup>. Sin embargo, en la selección del público objetivo no se tuvieron en cuenta los datos sobre ese segmento de edad recogidos en el Registro galego da SIDA, según el cual sólo el 0,75% de los casos de SIDA se correspondían en ese momento con la edad del público objetivo.

#### SELECCIÓN DE CANALES Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Lógicamente, el canal natural para un programa de comunicación y salud en la escuela es la comunicación grupal. La clase es el grupo natural en el que transmitir los conocimientos. Los medios utilizados son los propios de la comunicación grupal en la Enseñanza Secundaria: el libro, el cuaderno de clase y algunos medios audiovisuales.

Para profesores y padres se proponía utilizar también la comunicación en grupos. En el caso de los primeros, para que fueran ellos los que impartieran las sesiones del Programa en los centros en los que trabajan. En el caso de los padres, con un propósito menos definido.

El Programa escolar sobre el VIH/SIDA no preveía otros canales y medios de comunicación aparte de los mencionados. Es importante señalar que, aunque se establece una metodología adecuada para que los estudiantes puedan plantear sin cortapisas sus dudas sobre el tema<sup>26</sup>, estrictamente hablando, el Programa no preveía estrategias de comunicación interpersonal distintas de las que genera la docencia en la Enseñanza Secundaria.

No se propone el uso de medios de comunicación de masas, tal vez porque buena parte de las campañas generales, que sí utilizan la comunicación de masas, se dirigen especialmente a la población joven.

#### LA CREACIÓN DE LOS MENSAJES

La creación de mensajes en este Programa, como ocurría en el de detección precoz del cáncer de mama, se adaptó al tipo de comunicación empleado, en este caso la comunicación grupal en las aulas. El Programa no concretó cómo habían de formularse los mensajes —en los materiales de apoyo se hacía con el tono común de los libros de texto de Enseñanza Secundaria<sup>27</sup>—, pero sí señalaba que los mensajes respondían a las 1.327 preguntas

25. Cfr. “Programa escolar sobre VIH/SIDA 95/96”, Documento de trabajo de la Dirección Xeral de Saúde Pública, Xunta de Galicia, Santiago de Compostela, 1996.

26. Cfr. *O VIH/SIDA na comunidade escolar: Educar para previr. Manual para o profesorado*, Dirección Xeral de Saúde Pública, Xunta de Galicia, Santiago de Compostela, 1995, pp. 15-16.

27. Que el tono del mensaje ha de ser adecuado al público objetivo es algo tan cierto como que debe tener en cuenta el problema que se trata y lo que se pretende obtener de la población a la que se dirigen los mensajes. Sin embargo, el tono del cuaderno de información para el alumno es bien informal, bien frío, lo que resta dramatismo a una realidad que es dramática y hace perder fuerza persuasiva a los mensajes.

sobre el tema formuladas por un grupo de 158 estudiantes de un centro de Secundaria de una de las ciudades grandes de Galicia<sup>28</sup>.

Los contenidos de los mensajes incluidos en los materiales empleados en la campaña tienen un tono meramente informativo, pero, sin embargo, no recogen los datos que la epidemiología proporcionaba: por ejemplo, al tratar sobre las vías de contagio del VIH, no se daba más relieve a unas que a otras pero, como ya hemos señalado, hay unas vías de contagio más frecuentes que otras. Los datos del Registro galego da SIDA hubieran permitido perfilar mejor los mensajes para el público objetivo. Cifrándonos a las edades del público objetivo, de acuerdo con los datos del Registro en esa época, del total de enfermos de SIDA con edades comprendidas entre los 10 y los 19 años (35 casos), algo más del 50% eran usuarios de drogas por vía parenteral, algo menos del 50% se contagiaron por transfusiones sanguíneas, y menos del 3%, en relaciones heterosexuales<sup>29</sup>. Sin duda alguna, estos datos hubieran sido de gran ayuda para crear mensajes adecuados a los objetivos y al público objetivo de la campaña.

## EVALUACIÓN

La necesidad de la evaluación estuvo presente en el mismo planteamiento del Programa sobre el VIH/SIDA en la escuela. No obstante, por la cierta dispersión de objetivos y la diversidad del público objetivo ya mencionada, por lo que se refiere a la evaluación formativa, el uso de los datos epidemiológicos para seleccionar al público objetivo y elaborar mensajes más adecuados resulta algo confuso. Sí se llevaron a cabo evaluaciones sumativas de los resultados del Programa.

Por lo que se refiere a la evaluación formativa, en el inicio del Programa se contó con los datos que proporcionó la Consellería de Educación de la Xunta de Galicia sobre el número de estudiantes del público objetivo, centros de enseñanza y profesorado. Como ya hemos señalado, en esa evaluación formativa no se hacía mención a los datos del Registro galego da SIDA, que ilustran muy claramente la incidencia de la enfermedad y las vías de infección en las edades del público objetivo. Por eso, en los mensajes no se insiste más, por ejemplo, en unas vías de contagio que en otras de acuerdo con los datos que proporciona el Registro galego da SIDA<sup>30</sup>.

En cuanto a la evaluación sumativa, se encargó una evaluación externa al personal técnico del Área de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Santiago

---

28. Cfr. *O VIH/SIDA na comunidade escolar: Aprender a previr. Caderno de información para o alumnado*, Dirección Xeral de Saúde Pública, Xunta de Galicia, Santiago de Compostela, 1995, p. 11.

29. Registro galego da SIDA, 1 de julio de 1996.

30. Cfr. *O VIH/SIDA na comunidade escolar: Aprender a previr. Caderno de información para o alumnado*, Dirección Xeral de Saúde Pública, Xunta de Galicia, Santiago de Compostela, 1995, pp. 23-37.

de Compostela<sup>31</sup>, de la que se concluyó que la participación del público objetivo en la campaña del curso 1995-1996 fue alta (72%) y que se incrementó con respecto a 1994-1995 (45,4%). Por otra parte, aunque no todos los estudiantes de Secundaria realizaron las actividades previstas en el Programa, el 91,9% recibieron el cuaderno de información general.

#### 4. CONCLUSIONES

Hemos expuesto algunas ideas generales sobre las campañas de comunicación, y las hemos aplicado al estudio del desarrollo de dos programas de promoción de la salud llevados a cabo en Galicia en los años noventa. Son dos programas distintos por sus problemas, por sus objetivos y por sus estrategias. Sin embargo, la comparación aporta algunas ideas útiles para la mejor comprensión de las ideas generales.

El trabajo previo de definición del problema, determinación de objetivos y selección del público objetivo fue más completo en el "Programa de detección precoz de cáncer de mama" que en el Programa escolar sobre el VIH/ SIDA, lo que se deja notar en una cierta dispersión y falta de claridad en los objetivos que este último se proponía, así como en la determinación de su público objetivo.

Frente al Programa escolar sobre el VIH/SIDA, que limitó su estrategia de comunicación a la grupal en las aulas, el de detección precoz del cáncer de mama combinó la comunicación interpersonal con la grupal. La comunicación de de masas prácticamente no fue utilizada, lo que privó al Programa de gran importancia social por el volumen de personas al que se dirigía, de las inversiones materiales realizadas, sus posibles efectos positivos, etc., de la relevancia pública que hubiera sido lógico que alcanzara. Esto probablemente limitó notablemente las consecuencias positivas que el Programa hubiera podido llegar a tener entre la población general: valoración del Programa y de la institución que lo promovía, difusión de conocimientos sobre hábitos de vida saludables, percepción positiva de las revisiones médicas periódicas, enseñanza de la autoexploración, etc.

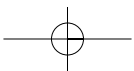
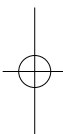
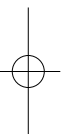
Resulta relevante tener en cuenta que ninguno de los dos programas contó en su equipo con expertos en comunicación que plantearan el trabajo con la perspectiva de la ya larga tradición de investigación en campañas de comunicación en general y en comunicación y salud en particular. En nuestro país no existe aún, ni en las facultades de Comunicación, ni en las de Medicina, Enfermería o Ciencias de la Salud en general, una idea clara de que éste es un campo profesional interdisciplinar en el que

---

31. Cfr. "Programa escolar sobre VIH/SIDA 95/96", Documento de trabajo de la Dirección Xeral de Saúde Pública, Xunta de Galicia, Santiago de Compostela, 1996.

los expertos en comunicación tienen un papel tan importante como los expertos en las diversas especialidades médicas, en epidemiología o en salud pública. No cabe duda de que ésta es una línea de trabajo universitario en el campo de la comunicación, tanto desde el punto de vista de la formación de profesionales, como desde el de la investigación.

# EPÍLOGO



El 32,5% de los jóvenes entre los 20 y 24 años hacen “botellón” los fines de semana, el 76,35% entre 16 y 24 años reconoce haber consumido alcohol entre los últimos 12 meses y el 97,7% entre 20 y 24 años no ve el “botellón” como un problema para España.

Entre los jóvenes siempre ha existido la “barrera de inmunidad” o sensación de protección exagerada frente a las dificultades y riesgos de la vida. Sin embargo, el dato anterior hace referencia a un fenómeno psicosocial diferente: cuando el consumo de alcohol alcanza cotas tan elevadas entre los jóvenes y es percibido por todo el grupo sociológico (el 97,7%) como una conducta habitual (o, al menos, no como un problema), nos enfrentamos a la creación de un “clima de opinión”. Dicho de forma más precisa, a la creación de un *frame* o marco de referencia social, en función del cual los jóvenes interpretan la realidad y actúan conforme a dicha interpretación.

La percepción de la realidad social es construida. Es decir, mediante procesos de interacción simbólica, frecuentemente mediados a través de los medios de comunicación de masas, los grupos culturales se ponen de acuerdo en atribuir determinados significados a los acontecimientos: creamos “esquemas de representación socialmente compartidos”. Estos esquemas de representación se mantienen y condicionan la conducta mediante las vigencias sociales. Las vigencias, a su vez, son las responsables de determinadas normas y sanciones, que actúan como incentivos positivos (premios) o negativos (castigos) sociales de nuestras conductas.

El fenómeno social del “botellón” constituye un ejemplo útil que permite ilustrar la incidencia de la comunicación —de la acción comunicativa, en términos de autores como Habermas— sobre variables muy vinculadas a la salud pública. Actualmente, los procesos de interacción comunicativa se alzan como una de las piezas básicas en la construcción del modelo de salud que pretendamos construir. Estos procesos se encuentran presentes en la creación de “marcos de referencia”, como el mencionado anteriormente, en las relaciones terapéuticas médico-paciente, en los enfoques sociales a las situaciones de crisis sanitarias. Está también presente en la información sobre salud que ofrecen los medios de comunicación (TV, radio, prensa) a los ciudadanos, así como la prensa especializada dirigida a especialistas y profesionales del mundo sanitario. También intervienen en las cam-

pañías de prevención primaria y en las innumerables campañas antidroga —legales o ilegales—, en las de seguridad vial o en los programas de Educación para la Salud, así como en la publicidad comercial de productos pretendidamente sanitarios, de dietas “especiales”, estética o productos “milagrosos”. Todo ello, sin ánimo de ser exhaustivo, con el ánimo de citar, únicamente, algunos de los aspectos más relevantes de la incidencia de la comunicación sobre la salud pública.

Hace ya más de dos años, el organismo Madrid Salud del Ayuntamiento de Madrid, la Fundación Abbott y la Universidad Complutense de Madrid unieron sus esfuerzos y su vocación de servicio en la creación de una alianza académica y profesional cuyo objetivo consistiera en la creación de un foro permanente de reflexión, debate e investigación en torno a la comunicación y la salud. Fruto de esta alianza, surgieron los “Cursos de Comunicación y Salud”, celebrados anualmente y que han alcanzado ya su tercera edición. En ellos, un grupo selecto de académicos y profesionales del mundo de la salud ha venido ofreciendo debates, mesas redondas, conferencias, investigaciones, etc., que han colaborado a enriquecer esta área del conocimiento y también a divulgar sus opiniones, experiencias e investigaciones.

También fruto de esta alianza fue la publicación del libro *Comunicación Social y Salud. Una Introducción*. Decíamos en el epílogo de dicho libro:

*La Fundación Abbott representa aquí 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 [...] 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.*

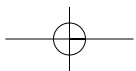
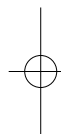
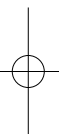
Con prudencia, pero con satisfacción, podemos afirmar que la plataforma ha sido creada y que está generando una actividad modesta pero constante y rigurosa sobre el fenómeno que nos ocupa. Está sirviendo, además, de plataforma para la creación de otros grupos de trabajo, como el recientemente constituido en el Ayuntamiento de Madrid sobre Comunicación y Salud, para el desarrollo de investigaciones sobre medios de comunicación y salud, el desarrollo de tesis doctorales y la publicación de libros como el que ahora presentamos, o concluimos, a modo de epílogo.

Como antiguo director general de la Fundación Abbott, constituye para mí una profunda satisfacción presentar ahora esta obra, fruto, como dijimos, del entusiasmo, la constancia y la voluntad de un pequeño grupo de personas —que ha crecido y se ha enriquecido con el tiempo— avaladas por instituciones con sentido de la responsabilidad social y el bien común. Confiamos en que esta iniciativa colabore en la aportación de conocimientos en esta área del saber tan relevante para el ser humano, puesto que afecta a su “bienestar

psicológico y social” —como define la OMS el concepto de salud— y también que sirva para colaborar en la formación especializada y rigurosa de los protagonistas de este proceso: los propios ciudadanos, las instituciones, los profesionales y, cómo no, los alumnos universitarios, futuros corresponsables de nuestra salud y bienestar.

AITOR UGARTE ITURRIZAGA

# ANEXO



## Listado de *blogs* con temas sanitarios

OCTAVIO ISAAC ROJAS ORDUÑA

Este listado se puede consultar *on line* en <http://blogsysalud.wiki.mailxmail.com/>.

### BLOGS DE PROFESIONALES SANITARIOS ESPAÑOLES

(Orden de la información: *link* al *blog*, título y autor)

<http://blogs.larioja.com/elbisturi/> - **El Bisturí** - Fernando Sáez Aldana - Médico traumatólogo y escritor.

<http://blogs.ya.com/medicodelsas/> - **Diario de un médico del SAS** - No se especifica el autor.

<http://copensalud.blogalia.com/> - **Copensemos los Sistemas de Salud** - No se especifica el autor.

<http://patriciojose.blogia.com/> - **Patricio José** - Patricio José Ruiz Lázaro - Pediatra - Coordinador médico - Centro de Salud Manuel Merino.

<http://adolescentes.blogia.com/> - **Adolescentes** - *Weblog* del proyecto de participación comunitaria de adolescentes y jóvenes “Aprendiendo entre todos a relacionarnos de forma saludable” del Centro de Salud Manuel Merino de Alcalá de Henares - Patricio José Ruiz Lázaro.

<http://www.webcalidad.org/blog/> - **La bitácora de webcalidad.org** - Antonio Íñiguez (no confirmado).

<http://unademedicos.blogspot.com/> - **Una de Médicos** - Frederic Llordachs.

<http://www.lluiscanyis.org/> - **Colectivo Lluís Alcanyis** - Colectivo Lluís Alcanyis.

<http://mbe.blogia.com/> - **Medicina Interna** - Francisco Medrano - Medicina Interna en el Hospital Universitario de Albacete.

<http://nevertobenext.blogspot.com/> - **Tempus Fugit** - Shora.

<http://gofiococido.blogspot.com/> - **Cocido Madrileño con Gofio** - No se especifica el autor.

<http://www.lacoctelera.com/ojos> - **Ocularis** - Rubén - Oftalmólogo.

<http://mitartamudez.blogspot.com/> - **La tartamudez y la medicina** - Fernando Cuesta.

- <http://isaare.blogspot.com/> - **Caminito del Mir** - Isabel, Martameiga, Amantea, Lu, Susana y MIRinda.
- <http://vascular.blogia.com/> - **La Bitácora de Cirugía Vascular** - No se especifica el autor.
- <http://fguirado.blogspot.com/> - **Blog de Fernando Guirado** - Fernando Guirado.
- <http://homepage.mac.com/aperezs/iblog/epilepsia/> - **El Mundo de la Epilepsia** - El coordinador del equipo de redacción de este *blog* es el Dr. Ángel Pérez Sempere, neurólogo.
- <http://www.alvarezperea.com/mirblog/> - **MIRmorandum** - No se especifica al autor.
- <http://sexmfyc.blogspot.com/> - **Blog de SEXMFYC** - No se especifica el autor.
- <http://vzmechani.blogspot.com/> - **Hematociencias** - No se especifica el autor.
- <http://hospitaldelaribera.blogspot.com/> - **Hospital de la Ribera de Alzira, La Vergüenza** - No se especifica el autor.
- <http:// analisisclnicos.blogspot.com/> - **Análisis Clínicos “Leído por Usted”** - Santiago Bada Segura - Farmacéutico especialista en Análisis Clínicos, desde el año 1980.
- <http://prueba.blogalia.com/> - **Mi Primera Bitácora** - José Ramón Negre Peña.
- <http://nejm.blogspot.com/> - **New England Journal of Medicine** - Pablo Ryan Murua.
- <http://drgomezsancho.blogspot.com/> - **Dr. Fernando Gómez Sancho** - Especialista en Urología y Andrología, director del Instituto de Cirugía Urológica Avanzada de Madrid y jefe del Servicio de Urología del Hospital USP San José de Madrid.
- <http://mlao13.blogspot.com/> - **Blog de Maite Martínez Lázaro** - Enfermera comunitaria de enlace (ECE) - Área de Gestión Sanitaria de Osuna - Centro de Salud de Marchena - Sevilla - Andalucía.
- <http://mbevidence.bitacorras.com/> - **Medicina basada en la evidencia** - Francisco Medrano González - Instrumento para el ejercicio y la docencia de la medicina basada en las mejores pruebas disponibles en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Universitario de Albacete.
- <http://blogs.ya.com/avancesmedicos/> - **Avances Médicos** - No se especifica el autor.
- <http://www.infodoctor.org/rafabravo/primablog.php> - **Primablog** - Rafael Bravo.

#### **BLOGS DE DIARIO MÉDICO** (Requiere darse de alta gratuita)

- <http://www.diariomedico.com/blogs/desdeelpuente/> - **Panorama desde el puente** - Julio Mayol - Cirujano general y del aparato digestivo del Hospital Clínico San Carlos, de Madrid.
- <http://www.diariomedico.com/blogs/semeca/> - **La semeca de Guatemala** - Carmen Limiñana - Jefa de la expedición a Guatemala de la Sociedad Española de Medicina de Catástrofes - Nos explica el día a día en la atención a los damnificados por el Huracán Stan.

- <http://www.diariomedico.com/blogs/politicasaludue/> - **Política de salud de la UE** - Prof. José Luis Valverde - Catedrático de Legislación Farmacéutica Facultad de Farmacia de Granada.
- <http://www.diariomedico.com/blogs/sespas/> - **Salud Pública en acción** - José Repullo - Presidente de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS).
- <http://www.diariomedico.com/blogs/bioetica/> - **En los pasillos de la bioética** - Rogelio Altisent Trota - Médico de Familia - Profesor de Bioética en la Universidad de Zaragoza - Instituto de Bioética y Ciencias de la Salud. Zaragoza.
- <http://www.diariomedico.com/blogs/aha2005/> - **Congreso Cardiología AHA 2005** - Pablo Avanzas - Cardiólogo del Hospital Universitario Central de Asturias - En este *blog* se comentan los resultados de los principales estudios presentados en el Congreso de la American Heart Association en Dallas (13-16 noviembre).
- <http://www.diariomedico.com/blogs/seom/> - **La oncología médica al día** - *Blog* de la Sociedad Española de Oncología Médica.
- <http://www.diariomedico.com/blogs/plaga/> - **Ahí viene la plaga** - Alain Ochoa - Responsable de la sección de Sanidad de *Diario Médico*.
- <http://www.diariomedico.com/blogs/lajungladedcristal/> - **La Jungla de Cristal** - Daniel Aparicio de Santiago - Responsable de Gestión de *Diario Médico*. Outsider.
- <http://www.diariomedico.com/blogs/humana/> - **Humana** - José I Ricarte Díez - Médico de familia con ejercicio en Ibiza, Máster en Bioética y profesor asociado de Enfermería de la Universidad de las Islas Baleares.

#### WEBS ESPAÑOLAS QUE DAN SEGUIMIENTO A TEMAS MÉDICOS Y HACEN USO DE APLICACIONES *BLOG* O REFLEXIONAN SOBRE SUS POSIBILIDADES CON FINES DIVULGATIVOS

- <http://www.numoge.com/paginas/index.php> - **Nuevos Modelos De Gestión Sanitaria** - José Ramón Negre Peña.
- <http://www.fisterra.com/index.asp> - **Fisterra. Atención primaria en la red** - Carlos González Guitián - Licenciado en Geografía e Historia. Jefe de Servicio de la Biblioteca del Complejo Hospitalario Juan Canalejo de A Coruña (España). Profesor Asociado de la Universidad de A Coruña. Coordinador de la sección Biblioteca Virtual; Joaquín J. Serrano Peña. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médico de Atención Primaria del SERGAS en el Servicio de Atención Primaria de Cambre, A Coruña (España). Coordinador de la sección Ayuda en Consulta - Arturo Louro González - Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Jefe de Servicio del SERGAS en el Servicio de Atención Primaria de Cambre, A Coruña (España).

**BLOGS ESPAÑOLES ESPECIALIZADOS EN TEMAS DE SALUD**

<http://www.bebesymas.com/> - *Blog* especializado en embarazo y bebés enfocado al consumidor.

**BLOGS DE PROFESIONALES SANITARIOS LATINOAMERICANOS**

(Orden de la información: *link* al *blog*, título, autor y país)

<http://medicinafamiliar.wordpress.com/> - **Medicina Familiar y Comunitaria** - Rubén Roa (Argentina).

<http://doctorabrujita.blogspot.com/> - **Mami Brujita** - Dr. Brujita (Perú).

<http://abdonguerra.blogspot.com/> - **Blog de información médica** - Dr. Abdón Guerra F. (Chile).

<http://www.klip7.cl/blogsalud/diabetes/> - **Salud y Diabetes** - Dr. José Manuel Ferrer Guerra (Chile).

**BLOGS DE PACIENTES EN CASTELLANO**

[http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/science/newsid\\_4212000/4212405.stm](http://news.bbc.co.uk/hi/spanish/science/newsid_4212000/4212405.stm) - **Iván Noble** - Periodista de la BBC.

<http://spaces.msn.com/nenepreciosa/blog/> - **Nene (Diario de embarazo)** - Andrea Cristina Hernández.

<http://www.geeget.blogspot.com/> - **El Diario de Gi (Diario de embarazo)** - Mamá Gi (seudónimo).

<http://www.familiaelias.com.ar/> - **Familia Elías-Sapia (Diario de embarazo)** - La Familia Elías-Sapia está formada por: Flor, Oscar y Thiago (en la panza de mamá).

<http://spaces.msn.com/torrescastilla/> - **Familia Torres Castilla (Diario de Embarazo)** - Ricardo (sin apellido).

<http://sinhumos.blogspot.com/> - **Sin humos** - Argonauta (seudónimo).

<http://hepatitis-c.blogspot.com/> - **Hepatitis C diario de un tratamiento con Interferon pegilado alfa 2a y Ribavirina** - Hepatitisc (seudónimo).

<http://forestdin.blogia.com/> - **Elbardo Forestdín, gaucho vegetariano** - Elbardo Forestdín.

<http://blog.ayuda-hepatitis-c.es/la-hepatitis/> - **Blog Autoayuda Hepatitis C** - Un paciente (seudónimo).

**BLOGS DE PROFESIONALES SANITARIOS ESCRITOS EN INGLÉS**

<http://rangelmd.com/> - **Rangel MD** - Chris Rangel M. D.

<http://www.medrants.com/index.php> - **DB's Medical Rants** - No se especifica el autor.

<http://aetiology.blogspot.com/> - **Aetiology** - Tara C. Smith.  
<http://thecheerfuloncologist.blogspot.com/> - **The Cheerful Oncologist** - No se especifica el autor.  
<http://drcharles.blogspot.com/> - **The Examining Room of Dr. Charles** - Dr. Charles (seudónimo).  
<http://www.epidemi.ca/> - **Epidémica** - M. J. Milloy.  
<http://dr-razavi.blogspot.com/> - **Dr. Razavi's Good to Know Info** - Dr. Taraneh Razavi.  
[http://strokedoc.typepad.com/stroke\\_doc/](http://strokedoc.typepad.com/stroke_doc/) - **Stroke Doc** - Dr. David Always.  
<http://kidneynotes.blogspot.com/> - **Kidney Notes** - No se especifica el autor.  
<http://www.medgadget.com/> - **Medgadget** - Executive Editor: Michael Ostrovsky, M. D.; Editor: Nicholas Genes, M. D., Ph. D.; Editor: Enoch Choi, M. D.; Webmaster & Editor: Gene Ostrovsky, B. S.; Associate Editor: Ivor Kovic, Medical Student; Associate Editor: Timothy Odell, B. S.; Associate Editor: Brian A. Levine, M. S.  
<http://thehive.blogspot.com/> - **The Hive: an archive of HIV and STD news** - DH Park.  
<http://www.gruntdoc.com/> - **Grunt Doc** - Allen (sin apellido).  
<http://www.medrounds.org/amd/> - **Med Rounds (Age related muscular degenerator)** - James Folk.  
<http://blogborygmi.blogspot.com/> - **Blogborygmi** - Nicholas Genes.  
<http://www.docnotes.net/> - **Family Medicine Notes** - Jacob (sin apellido).  
<http://nhsblogdoc.blogspot.com/> - **NHS Blog Doctor** - Dr John Crippen.  
<http://gasbagging.blogspot.com/> - **Gas Bagging** - Signseeker (seudónimo).  
<http://venialsinner.blogspot.com/> - **Confessions of a venial sinner** - The Venial Sinner (seudónimo).  
<http://drdork.blogspot.com/> - **Dr. Dork** - Dr. Dork (seudónimo).  
<http://emergiblog.blogspot.com/> - **Emergiblog** - Kim (sin apellido).  
<http://pharmagossip.blogspot.com/> - **Pharmagossip** - Insider (seudónimo).  
<http://randomreality.blogware.com/blog> - **Random acts of reality** - No se especifica al autor.  
<http://pharmawatch.blogspot.com/> - **Phamawatch** - Michael Lascelles.  
<http://emeritus.blogspot.com/> - **Parallel Universes** - Dr. Emer (seudónimo).  
<http://shrinkette.blogspot.com/> - **Shrinkette** - Shrinkette (seudónimo).  
<http://angrydr.blogspot.com/> - **Angry Doc** - Angry Doc (seudónimo).  
<http://drtony.blogspot.com/> - **Dr. Tony** - Dr. Tony (seudónimo).  
<http://www.medpundit.blogspot.com/> - **Medpundit** - No se especifica al autor.  
<http://pulmonaryroundtable.blogspot.com/> - **Pulmonay Roundtable** - Baleeiro, Mike L., Jennings, Jeff H., Mendez, DKeena.  
<http://rebeldoctor.blogspot.com/> - **Rebel Doctor Web Log** - Michael Rack, MD.  
<http://oracknows.blogspot.com/> - **Respectful insolence** - Orac (seudónimo).  
<http://gettingcaned.blogspot.com/> - **Nip/Tuc: Tales from the NHS** - Vegas (seudónimo).

<http://wnlreason.blogspot.com/> - **Within normal limits of reason** - Ming-Chih Jeffrey Kao y Ann Arbor.  
<http://bioethicsdiscussion.blogspot.com/> - **Bioethics Discussion Blog** - Maurice Bernstein, M. D.

## BLOGS DEL PORTAL WEBMD

### PROFESIONALES

<http://blogs.webmd.com/all-ears/> - **All Ears** - Dr. Rod Moser, PA, Ph. D.  
<http://blogs.webmd.com/eye-on-vision/> - **Eye on one vision** - Dr. Bill Lloyd.  
<http://blogs.webmd.com/heart-disease/> - **Heart Disease** - Laurie Anderson RN FNP MSN.  
<http://blogs.webmd.com/healthy-children/> - **Healthy Children** - Dr. Steven Parker.  
<http://blogs.webmd.com/allergies-and-asthma/> - **Allergies and Asthma** - Dr. Paul Enright.  
<http://blogs.webmd.com/adhd-medications-and-treatments/> - **ADHD Medications and Treatments** - Dr. Richard Sogn.  
<http://blogs.webmd.com/anxiety-and-stress-management/> - **Anxiety and Stress Management** - Dr. Patricia Farrell.  
<http://blogs.webmd.com/arthritis-and-joint-replacement/> - **Arthritis Relief and Joint Replacement** - Dr. Ira Kirschenbaum.  
<http://blogs.webmd.com/sleep-disorders/> - **Sleep Disorders** - Dr. Michael Breus.  
<http://blogs.webmd.com/busy-family-healthy-family/> - **Busy Family, Healthy Family** - Dr. Melissa Stoppler.  
<http://blogs.webmd.com/mad-about-medicine/> - **Mad About Medicine** - Ira Kirschenbaum, M. D.  
<http://blogs.webmd.com/mens-health-office/> - **Men's Health Office** - Dr. Sheldon Marks.  
<http://www.webmd.com/content/pages/23/110074.htm> - **Physician's Notebook** - Brunilda Nazario, M. D.  
<http://blogs.webmd.com/pain-management-and-migraine-relief/> - **Pain Management and Migraine Relief** - Indie Cooper-Guzman, RN.  
<http://blogs.webmd.com/healthy-children/> - **Healthy Children** - Dr. Steven Parker.  
<http://blogs.webmd.com/healthy-pregnancy/> - **Healthy Pregnancy** - Dr. Robert Warnock.  
<http://blogs.webmd.com/genital-herpes-intimate-conversations/> - **Genital Herpes: Intimate Conversations** - Terri Warren, RN.  
<http://blogs.webmd.com/sexual-health-sex-matters/> - **Sexual Health: Sex Matters®** - Louanne Cole-Weston, Ph. D.

## PACIENTES Y COLABORADORES

- <http://www.webmd.com/content/pages/24/112743.htm> - **At a Loss for Words** - Audra (sin apellido).
- <http://www.webmd.com/content/pages/23/111319.htm> - **Our Man in Hanoi** - OMIH (seudónimo).
- <http://www.webmd.com/content/pages/22/108832.htm> - **Bursts of Normal** - Dave (sin apellido).
- <http://www.webmd.com/content/pages/20/105375.htm> - **Body Transformed** - Brenda (sin apellido).
- <http://www.webmd.com/content/pages/20/105563.htm> - **Conversations from the Heart: Living with Cardiovascular Disease** - Sam (sin apellido).
- <http://www.webmd.com/content/pages/23/110811.htm> - **The Way Home** - Michael (sin apellido).
- <http://www.webmd.com/content/pages/19/104214> - **Pregnancy, Interrupted** - Gallia (sin apellido).
- <http://www.webmd.com/content/pages/24/112486.htm> - **Restless Nights, Hostile Days** - Taylor (sin apellido).

 **BLOGS DE LA EMPRESA DE NANOPUBLICACIONES WEBLOGS INC.** 

- <http://www.thecancerblog.com/> - **The cancer blog** - Varios autores.
- <http://www.thecardioblog.com/> - **The cardio blog** - Varios autores.
- <http://www.thediabetesblog.com/> - **The diabetes blog** - Varios autores.
- <http://www.medicalinformaticsinsider.com/> - **Medical information insider** - Varios autores.

**BLOGS DE DIVERSOS SISTEMAS DE SALUD DE YAHOO!**

- <http://health.yahoo.com/experts/agingridge> - **Healthy Aging for a Lifetime** - S. Brent Ridge, M. D.
- <http://health.yahoo.com/experts/asthma> - **Asthma & Allergies** - Franklin Adkinson, M. D.
- <http://health.yahoo.com/experts/breastcancer> - **Breast Cancer** - Lillie Shockney, R. N., M. A. S.
- <http://health.yahoo.com/experts/childhealth> - **Child & Family Health** - Robert Needleman, M. D.
- <http://health.yahoo.com/experts/heartdisease> - **Cholesterol & Heart Disease** - Simeon Margolis, M. D., Ph. D.

<http://health.yahoo.com/experts/depression> - **Depression & Anxiety** - David Neubauer, M. D.  
<http://health.yahoo.com/experts/diabetes> - **Diabetes** - Simeon Margolis, M. D., Ph. D.  
<http://health.yahoo.com/experts/diabetties> - **Living With Diabetes** - Marianne Szeto (paciente).  
<http://health.yahoo.com/experts/weightkoch> - **Nutrition & Weight Loss** - Cheryl Koch, R. D.  
<http://health.yahoo.com/experts/pregnancy> - **Pregnancy** - Marjorie Greenfield, M. D.  
<http://health.yahoo.com/experts/sexlevine> - **Sex & Relationships** - Deb Levine.  
<http://health.yahoo.com/experts/sexderogatis> - **Sexual Health** - Leonard DeRogatis, Ph. D.  
<http://health.yahoo.com/experts/sportsnick> - **Sports Medicine & Exercise** - Nicholas DiNubile, M. D.

#### BLOGS DE PACIENTES EN INGLÉS

<http://www.skincancerblog.net/> - **Skin cancer blog** - Steve Rubel.

#### SELLOS DE CALIDAD DE WEBS DE CONTENIDO MÉDICO

<http://www.pwmc.org/> - **Proyecto Webs Médicas de Calidad** - Es una iniciativa en Internet, que tiene como objetivo la mejora de la calidad de las webs de contenido sanitario relativo a la salud humana, desarrolladas en lengua española.  
<http://wma.comb.es/> - **Web Médica Acreditada** - Colegio Oficial de Médicos de Barcelona (COMB). Este sistema recomienda unas normas a las que se puedan adherir de forma voluntaria los titulares de webs médicas y sanitarias de España y Sudamérica fundamentalmente y también en todo el mundo, realizando un proceso de revisión y acreditación que permita la obtención de este sello por parte de las web solicitantes, así como el compromiso por parte de los responsables de las mismas, de garantizar el cumplimiento de las mencionadas normas.  
<http://www.hon.ch/HONcode/Spanish/> - **HON Code** - Health on the net Foundation. El Código de Conducta (HONcode) de la Fundación Health on the Net para sitios web médicos y de salud se dirige hacia uno de los principales temas sobre atención sanitaria en Internet: la fiabilidad y la credibilidad de la información.

## **COLECCIÓN CLÁSICOS BREVES**

---

**SOBRE EL CONCEPTO DE VERDAD**

Franz Brentano

ISBN: 978-84-7491-804-5; 48 págs.; 3,00 €

**LA TIERRA NO SE MUEVE**

Edmund Husserl

ISBN: 978-84-7491-803-8; 64 págs.; 3,00 €

**PRUDENCIA, MORALIDAD Y EL DILEMA DEL PRISIONERO**

Derek Parfit

ISBN: 978-84-7491-853-3; 72 págs.; 3,00 €

**CUATRO CARTAS AL DR. BENTLEY. CARTA AL HONORABLE SR. BOYLE SOBRE  
LA CAUSA DE LA GRAVITACIÓN**

Isaac Newton

ISBN: 978-84-7491-903-5; 80 págs.; 3,00 €

## **COLECCIÓN FORO COMPLUTENSE**

---

**¿ES POSIBLE ACABAR CON LA POBREZA?**

Muhammad Yunus

ISBN: 978-84-7491-802-1; 48 págs.; 3,00 €

**NO PIENSES EN UN ELEFANTE. LENGUAJE Y DEBATE POLÍTICO**

George Lakoff

ISBN: 978-84-7491-813-7; 176 págs.; 10,00 €

**EL ISLAM EN EUROPA. ¿UNA RELIGIÓN MÁS O UNA CULTURA DIFERENTE?**

Olivier Roy

ISBN: 978-84-7491-806-9; 48 págs.; 3,00 €

**DIÁLOGO DE CULTURAS E IDENTIDADES**

Sami Naïr

ISBN: 978-84-7491-805-2; 48 págs.; 3,00 €

**TERROR SAGRADO**

Terry Eagleton

ISBN: 978-84-7491-848-9; 56 págs.; 3,00 €

**MULTIMEGAMUCHAGLOBALIZACIÓN**

José Luis Sampedro, Carlos Berzosa y Ángel Martínez González-Tablas

ISBN: 978-84-7491-902-8; 80 págs.; 3,00 €

**UN PISTOLETAZO EN MEDIO DE UN CONCIERTO. ACERCA DE ESCRIBIR  
DE POLÍTICA EN UNA NOVELA**

Belén Gopegui

ISBN: 978-84-7491-21-9; 64 págs.; 3,00 €

## **EDITORIAL COMPLUTENSE OTROS TÍTULOS**

---

### **EL FACTOR HUMANO EN PANTALLA. UN PASEO POR LA PSICOLOGÍA DESDE EL PATIO DE BUTACAS**

Florentino Moreno Martín y Luis Muiño  
ISBN: 978-84-7491-732-1; 336 págs.; 16,00 €

### **DICCIONARIO DE RELACIONES INTERCULTURALES. DIVERSIDAD Y GLOBALIZACION**

Ascensión Barañano, José L. García, María Cátedra y Marie Jose Devillard (coords.)  
ISBN: 978-84-7491-814-4; 448 págs.; 28,00 €

### **DICCIONARIOS OXFORD/COMPLUTENSE**

Psicología (publicación 2008), Arte del siglo xx, Historia Universal del siglo xx,  
Ciencias de la Tierra, Enfermería, Física, Matemáticas, Medicina, Química...

### **LA GUERRA EN EL IMPERIO AZTECA. EXPANSION, IDEOLOGIA Y ARTE**

Isabel Bueno Bravo  
*Colección La mirada de la historia*  
ISBN: 978-84-7491-732-1; 336 págs.; 16,00 €

### **ARTE SUTILISIMA, POR LA CUAL SE ENSEÑA A ESCRIBIR PERFECTAMENTE (1550). EDICION FACSIMIL CON ESTUDIO PRELIMINAR**

Fermín de los Reyes Gómez (ed.)  
*Colección Patrimonio bibliográfico complutense*  
ISBN: 978-84-7491-901-9; 240 págs.; 25,00 €

### **LAS ATMÓSFERAS DE LA POLÍTICA. DIÁLOGO SOBRE LA DEMOCRACIA**

Bruno Latour y Pasquale Gagliardi (dirs.)  
*Colección Pensar nuestro tiempo*  
ISBN: 978-84-7491-841-0; 256 págs.; 18,00 €

### **LA EVASIÓN AMERICANA DE LA FILOSOFÍA**

Cornel West  
*Colección Pensadores clave*  
ISBN: 978-84-7491-849-6; 386 págs.; 20,00 €

### **AYUDA PSICOLÓGICA A LAS VÍCTIMAS DE ATENTADOS Y CATÁSTROFES**

M.<sup>a</sup> Paz García-Vera, Fco. J. Labrador y Cristina Larroy  
ISBN: 978-84-7491-919-6; 224 págs.; 12,00 €

