

Publicidad y salud

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS

Publicidad y salud

Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas
Publicidad y salud Nº 49 (2018)
Edita: Fundació Víctor Grífols i Lucas. c/ Jesús i Maria, 6 - 08022 Barcelona
fundacio.grifols@grifols.com www.fundaciogrifols.org
ISBN 978-84-09-08277-3

Cuadernos
de la Fundació 49
Víctor Grífols i Lucas

SUMARIO

	Pág.
Presentación	
<i>Núria Terribas</i>	7
Los cambios en el ecosistema de la comunicación y sus implicaciones en la publicidad en salud	
<i>Gema Revuelta y Carlos Gonzalo</i>	11
Influencia de la publicidad en las actitudes y comportamientos	
<i>Jorge Pérez</i>	29
Bioética, Salud y Publicidad 4.0: retos éticos del marketing algorítmico	
<i>Patrici Calvo</i>	43
Responsabilidad en publicidad y salud	
Marco jurídico de la publicidad de los medicamentos, las tecnologías médicas y los servicios sanitarios	
<i>Núria Amarilla</i>	58
La autorregulación empresarial en el compromiso por una publicidad responsable en el ámbito de la salud	
<i>M^a del Rosario Fernando</i>	72
#SaludsinBulos, contra las fake news de salud	
<i>Carlos Mateos</i>	79
Publicidad e imagen corporal	
La influencia de la publicidad en la construcción de la imagen corporal	
<i>Mònika Jiménez-Morales</i>	92
Ética y estética	
<i>Begoña Román</i>	100

Relación de autores	106
Títulos publicados	108

PRESENTACIÓN

Bajo el título de *Publicidad y salud*, la Fundació Víctor Grífols i Lucas organizó un nuevo seminario temático, en colaboración con el Centro de Estudios de Ciencia, Comunicación y Sociedad de la Universitat Pompeu Fabra.

No hay duda de que la sociedad vive actualmente influenciada en gran medida por los medios de comunicación y los constantes mensajes que recibe de diferentes agentes. El ciudadano es especialmente sensible a estos mensajes cuando atañen a su salud, a su aspecto físico o al bienestar de modo que, de forma significativa, pueden llegar a modificar hábitos de vida y tendencias de consumo. Como bien es conocido, y así lo ha tratado también la Fundación en seminarios anteriores, los determinantes sociales de la salud, más allá del sistema sanitario, están claramente marcados por factores como los estilos de vida y el entorno económico, social, cultural y ambiental de la persona.

Los mensajes publicitarios que nos llegan desde múltiples medios y plataformas, constantemente accesibles hoy día con los nuevos dispositivos de bolsillo son, sin duda, agentes muy poderosos que crean tendencias y modas en el consumidor, tanto si se refiere a productos alimenticios o cosméticos como si hablamos del consumo de fármacos o nuevos avances en medicina. Las dificultades para el control de su veracidad y fiabilidad ponen a prueba la capacidad de análisis crítico de la persona, que en función de su contexto y situación, puede ser altamente vulnerable. Claramente el *marketing* y la publicidad llamada «4.0», en el contexto de la salud, ponen en cuestión todos los principios éticos esenciales: la autonomía de las personas mediante la persuasión llegando al límite de coartar la libertad individual; la beneficencia y no maleficencia en cuanto a que los objetivos empresariales pasan por encima del bienestar del ciudadano, bajo una apariencia de búsqueda de su bienestar, y pueden llegar a dañar a los grupos más vulnerables y sensibles; y la justicia cuando la publicidad agranda las diferencias entre grupos sociales, según cuáles son los objetivos de los mensajes y las conductas que se desprenden de ellos, en ocasiones solo alcanzables por algunos privilegiados.

Si esta es la realidad en la que vivimos y en la que crecen las generaciones futuras, parecería obligado, por un lado, empoderar al ciudadano para que tenga el mejor criterio que le permita discernir entre los miles de mensajes recibidos a diario que pueden afectar a su salud y, por otro lado, establecer pautas de regulación de esa publicidad y del *marketing* virtual. El marco jurídico nos puede ayudar a ello pero no es suficiente ni exhaustivo; hace falta ir más allá, apelar a la autorregulación y el autocontrol, implementar sistemas de monitorización y supervisión ética que impliquen también al público objetivo. Mientras dicha supervisión solo se haga por parte de aquellos que tienen conflictos de interés en ello, no podremos garantizar su objetividad.

En las siguientes páginas, que recogen el contenido del seminario, reflexionamos sobre todo ello intentando aportar algunas ideas para el debate.

Núria Terribas
Directora de la Fundació Víctor Grífols i Lucas

Los cambios en el ecosistema de la comunicación y sus implicaciones en la publicidad en salud

Gema Revuelta

*Directora del Centro de Estudios de Ciencia,
Comunicación y Sociedad, Universitat Pompeu Fabra*

Carlos Gonzalo

*Profesor de SEO y Marketing Computacional
en la Universitat Pompeu Fabra*

En las últimas dos décadas, uno de los principales impactos sociales que ha producido la tecnología es la transformación del ecosistema de la comunicación. Los primeros años de este siglo *xxi* se caracterizaron por la difusión progresiva en el uso de internet en el ámbito laboral y doméstico. Aparecieron después las redes sociales electrónicas (Facebook, Twitter, Instagram, etc.), con sus diferentes usos y modas tribales y generacionales. Las aplicaciones para móviles (entre otras, los servicios de mensajería instantánea tipo WhatsApp y todo tipo de *apps*), junto con todas las posibilidades de conexión 24 horas y en cualquier lugar que permiten los *smartphones*, han supuesto también un cambio importante en la comunicación. En los últimos años, se habla más que nunca del internet de las cosas, el *Big Data*, el *blockchain* y la cuarta revolución industrial. Todos estos cambios no solo han transformado las vías y modos de acceso a la información, sino también su propia producción y distribución, la percepción que tenemos de la misma y los usos que hacemos de ella (Revuelta y Corchero, 2015, 2017).

Las cuestiones que tienen que ver con la salud y la medicina no se escapan ni mucho menos de esta profunda transformación de la comunicación, consecuencia de la evolución continua de las tecnologías y sus usos. El objetivo de este artículo es detenernos en el momento actual para analizar los cambios del ecosistema comunicativo que más pueden haber afectado a la publicidad del sector de la salud y en cómo estos cambios plantean nuevos dilemas éticos que deben ser abordados en profundidad desde una perspectiva multidisciplinar. La literatura académica contiene abundante evidencia sobre el papel de la publicidad en la modificación de actitudes y comportamientos humanos (muchos de ellos con posibles efectos en la salud). Sin embargo, no conocemos con exactitud los efectos de las nuevas formas de publicidad.

Los cambios en el ecosistema de la comunicación

En el sistema comunicativo actual confluyen los medios tradicionales con los medios nativos digitales, las plataformas de comunicación son multimedia (es decir, combinan los formatos escritos, audiovisuales y cualquier otro). La distri-

bución es multisorte (ordenador, tableta, móvil y otros soportes fijos o móviles) y las barreras temporales y espaciales se han difuminado. Los usuarios son a la vez consumidores y productores de contenidos (prosumidores), mientras que el sector empresarial puede acceder directamente a sus clientes sin necesidad de intermediadores. Las empresas tienen acceso, en este nuevo entorno, a grandes y pequeños datos, pudiendo conocer comportamientos macropobla-cionales y también intimidades y datos individuales, totalmente personalizados. Del mismo modo, se establecen transacciones comerciales que pueden ser tanto multimillonarias como microcentesimales (cuando no es necesaria la mano de obra humana y las transacciones las ejecuta un ordenador, no hay cantidad mínima que marque el límite de la rentabilidad). Por último, la evaluación y análisis de los datos relativos al retorno de la inversión en publicidad es también más fácil, más rápida y más precisa que nunca antes en la historia.

Publicidad en *mass media* y publicidad nativa

Los medios de comunicación de masas —soporte tradicional de la publicidad— han experimentado cambios de todo tipo. El hecho de que actualmente muchos medios ofrecen íntegramente sus contenidos de manera gratuita ha dado lugar a un cambio de negocio sustancial. Si durante más de cien años los ingresos de los *mass media* procedían de una combinación entre la compra de ejemplares (o la suscripción al medio) y los contratos de publicidad, actualmente la entrada de recursos se produce prácticamente a expensas de estos últimos. El problema es que las empresas ya no invierten tanto en medios, puesto que han diversificado su publicidad y ahora también la distribuyen en redes, blogs, crean sus propios soportes y plataformas, etcétera. Ante esta situación, los departamentos comerciales de los *mass media* deben esforzarse por presentar cifras competitivas (por ejemplo, con *rankings* que no solo miden la difusión del medio sino con los llamados *clickbait*s, que calculan el número de accesos a artículos o vídeos individuales). La búsqueda de nuevas formas de ingreso publicitario es una constante en los medios actuales. Así, vemos como numerosos medios han recurrido al patrocinio de algunos de sus programas o secciones o publican directamente contenidos elaborados por las empresas patrocinadoras. La división entre el departamento

comercial y el de redacción está ahora mucho más borrosa y la presión que reciben los periodistas y redactores —reducidos en número y mermados en sus condiciones laborales y salariales— es mayor que nunca.

Históricamente, una de las batallas que ha tenido que lidiar la ética profesional en los medios de comunicación ha sido evitar que el departamento comercial interfiriese en las decisiones del departamento de redacción. Este último debía ser autónomo y, sobre todo, fiel a su deber público, con independencia de los intereses comerciales del medio. No estamos diciendo que la división entre los intereses comerciales y los informativos haya sido impecable en el pasado, ni mucho menos, pero sí es cierto que las posibilidades de interferencias entre ambos son en la actualidad infinitamente mayores. Por otra parte, la propia publicidad se cuela actualmente entre los contenidos editoriales con mucha más facilidad, sin que el lector/espectador pueda diferenciar unos de otros.

La denominada publicidad nativa es la nueva tendencia de *marketing* que imita los contenidos editoriales (no comerciales) de tal forma que ni siquiera los bloqueadores automáticos de publicidad la reconocen. La sensación para el usuario es menos molesta que los *banners*, las interrupciones comerciales de un programa o los anuncios que tapan la pantalla por completo (Cramer, 2015). Sin embargo, también tiene menos posibilidades de evitar la exposición a la misma, puesto que no es capaz de diferenciarla de los contenidos informativos. Ejemplos de publicidad nativa son los *posts* en Facebook o en Instagram recomendados por una marca determinada, los resultados publicitarios que se presentan en las primeras posiciones tras una búsqueda en Google o los «tweets» promocionados de Twitter. En el caso de los medios de comunicación, podríamos decir que la publicidad nativa serían los artículos recomendados —o elaborados— por una marca/empresa que se publican junto con las piezas periodísticas confeccionadas por la redacción, con mínimas diferencias entre unos y otras.

En la figura 1 vemos un caso seleccionado al azar correspondiente a la sección «Vida» de *La Vanguardia digital*. Como se puede apreciar, si se navega de arriba hacia abajo en esa sección, se puede ver que al principio se muestran varios artículos periodísticos, en su parte media se encuentra un artículo

aparentemente periodístico pero que en su esquina inferior indica «Alma, una mirada a la Obra Social LaCaixa», más abajo en la navegación encontramos otro con la frase «Por un uso love de la tecnología» (de Orange) y, a la derecha, un grupo de artículos que se enmarcan bajo las palabras «Lugares de nieve» que llevan a una plataforma de contenidos temáticos patrocinada por un grupo de estaciones de esquí y agencias de viajes. A excepción del logo y las tres frases que hemos entrecomillado, el formato y estilo de estos artículos son indistinguibles de los no ligados a una empresa o un patrocinador.



Las redes sociales

Las redes sociales electrónicas, por su parte, también plantean nuevos escenarios en los que las reglas del juego conocidas (fuente-emisor-medio-receptor) se pierden y en su lugar se ofrecen múltiples combinaciones. Las redes no nacieron como medio de información periodístico —ni se rigen por los criterios propios de la ética periodística— pero a la hora de la verdad son también una de las principales vías de acceso a la información. De hecho, durante unos años fueron la primera vía, pero tras el escándalo de las *fake news* (noticias falsas) y los casos de Cambridge Analítica, la desconfianza hacia las redes sociales ha hecho que Google haya vuelto a convertirse en la principal fuente de tráfico (Protalinski, 2018).

Las empresas, los usuarios, los intermediadores y los diferentes *stakeholders* o grupos interesados interactúan de diferentes maneras en las redes sociales, produciéndose en muchos casos una confluencia de roles y funciones. Estas se producen en distintas etapas:

1. Durante la producción de los contenidos. En las redes no solo circula información publicada en medios y elaborada por periodistas, sino que los contenidos son elaborados por agentes de todo tipo, incluidas las propias empresas con fines promocionales y comerciales (tal como hemos visto al hablar de publicidad nativa). El usuario de redes no siempre puede reconocer la autoría de los contenidos a los que está expuesto ni diferenciar cuándo se han elaborado con criterios periodísticos y cuándo estos han sido publicitarios.
2. Durante la distribución de los contenidos. Cada red tiene sus propios criterios y algoritmos para priorizar una información sobre otra (recordemos que las redes sociales no nacieron como empresas periodísticas ni de servicio público). Los algoritmos tienen en cuenta, por una parte, los contratos publicitarios establecidos con las distintas empresas y, por otra, los datos individuales y en tiempo real sobre comportamientos personales del usuario (búsquedas de información, redes de contactos, antecedentes de transacciones comerciales, etc.). El usuario desconoce cuáles son estos algoritmos, por lo que no puede saber por qué se le ofrecen unos contenidos y no otros, o por qué unos aparecen con mayor preeminencia.

3. Durante la etapa de uso y distribución por parte de los usuarios. Qué información comparte cada usuario, qué recomendaciones (o «prescripciones») hace y qué influencia tiene su opinión en su red social son elementos que modifican la distribución y recepción de la información, así como la influencia en las percepciones.

Al influir las redes sociales en la distribución de los *mass media*, influyen por tanto en los propios medios (Codina, 2017). Un reciente informe del Tow Center for Digital Journalism (Bell y Owen, 2017) concluye que «estas empresas (Facebook, Snapchat, Google y Twitter) han evolucionado más allá de su papel de canales de distribución, y ahora controlan qué es lo que el público ve, quién recibe el pago por su atención, e incluso qué formato y tipo de periodismo está aflorando».

Confluencia de roles de consumidor y productor

La confluencia de roles de productor de contenidos y consumidor (el llamado *prosumidor*) también plantea dilemas éticos, pues puede confundirnos a la hora de interpretar o valorar la fiabilidad de una información. Por ejemplo, actualmente es prácticamente imposible delimitar la barrera entre los contenidos creados por usuarios comunes (sin fines comerciales o lucrativos) y aquellos creados por pseudo-usuarios. Este es el caso, por ejemplo, de algunos *influencers* que aparentemente son usuarios comunes (o personajes famosos pero sin relación explícita con las empresas o los productos de los que hablan) pero que reciben un pago por publicar determinados contenidos, vestir unas prendas o consumir unos productos concretos. A veces ni siquiera es necesaria esta figura del intermediador-*influencer* y es la propia empresa la que crea contenidos que simulan los materiales creados por un usuario (incluso se habla en primera persona o se imitan los pequeños defectos del cámara *amateur*). Los creativos publicitarios tienen hoy en día infinitos recursos para desbordar con su imaginación a los consumidores, quienes a la vez contribuyen muchas veces a viralizar los contenidos publicitarios.

Los canales y dispositivos de acceso a contenidos

Complementariamente al ordenador personal, los *smartphones*, las tabletas y todo tipo de dispositivos instalados en cualquier lugar de uso diario (automóviles, relojes de pulsera, etcétera) permiten el acceso continuo a internet, acompañando al nuevo consumidor de información en sus desplazamientos. La telefonía móvil sobresale como elemento altamente transformador por su acelerada expansión en la población general y sus características diferenciales. Según algunos estudios, el uso del *smartphone* está reduciendo el *gap* digital asociado a otros dispositivos, tales como el PC (Tsetsi y Rains, 2017) (Lee, Park y Hwang, 2015). En España, según el INE «el principal tipo de conexión a internet por banda ancha es el establecido a través de un dispositivo de mano (teléfono móvil de última generación —al menos 3G—, etcétera), con un 80,1% de las viviendas con acceso» (*Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares. Año 2016*, 2016). El acceso constante a los recursos *online* supone una exposición permanente a la publicidad, cuando es algo conocido que el grado de exposición es proporcional a su capacidad de influir en nuestras decisiones.

Finalmente, hay que tener en cuenta que el uso de las tecnologías, aunque esté actualmente muy extendido, muestra importantes diferencias generacionales y de grupo. Los grupos más jóvenes son los que están más conectados y, por tanto, más expuestos. Entre estos, los menores de edad son más influenciados por las estrategias persuasivas de la publicidad (especialmente si esta se ofrece bajo una apariencia atractiva y sin explicitar claramente la fuente).

Tipos de publicidad y dilemas específicos para el sector de la salud

Definir qué es o no publicidad es una labor compleja. En general, los consumidores tienden a pensar que prácticamente cualquier tipo de actividad promocional, desde el patrocinio de un concierto a las actividades de *telemarketing*, es una forma de publicidad, mientras que los académicos y los representantes de la industria tienden a considerar que hay actividades promocio-

nales que no pueden ser consideradas publicidad sino que tendrían que ser categorizadas en acciones propias de las relaciones públicas, la promoción de ventas, etcétera (Richards y Curran, 2002). Los mismos autores que publicaron la afirmación anterior, tras considerar las distintas definiciones del término publicidad y analizarlas junto con un grupo de expertos en publicidad e investigación de la misma, propusieron la siguiente definición:

«La publicidad es una forma de comunicación mediada y pagada por una fuente identificable, diseñada para persuadir al receptor a realizar una acción, ahora o en el futuro» (Richards y Curran, 2002). En esta definición, los autores aclaran que se entiende por comunicación mediada «aquella que se dirige a una audiencia mediante recursos impresos, electrónicos o cualquier otro método diferente del contacto persona-persona».

Si bien hay muchas acciones de comunicación que caben perfectamente en la definición anterior, nos centraremos aquí en cuatro grandes grupos: la publicidad tradicional (fundamentalmente en medios de comunicación de masas), la publicidad programática, el *marketing* de contenidos y el patrocinio. En las siguientes líneas describiremos cada uno de ellos y ofreceremos algunos ejemplos relacionados con el sector de la salud en los que se muestran dilemas éticos que deberían ser analizados y discutidos.

Publicidad tradicional

La forma más tradicional de publicidad es la que consiste en anuncios que se emiten o publican junto a contenidos periodísticos o de entretenimiento pero que formalmente se distingue de estos, no guarda relación con los contenidos temáticos específicos a los que acompaña ni tampoco diferencia entre los distintos sujetos que componen la audiencia (por el contrario, se dirige a esta como un grupo o una «masa»). Ha sido el tipo de publicidad hegemónico desde la consolidación de los medios de comunicación de masas, aunque actualmente ya no es la vía principal para muchos anunciantes sino una más de las infinitas modalidades que permite el entorno digital. La vemos, por ejemplo, en los anuncios de televisión, las cuñas radiofónicas o las inserciones publicitarias de los diarios y revistas. El sector de la salud y la medicina no ha sido ajeno a este recurso, y su inversión en este tipo de publicidad ha sido

siempre destacada. En un estudio sobre la publicidad de salud en la prensa ilustrada de finales del siglo XIX en España (Fernández Poyatos, 2011), la autora observó que entre los 1.366 anuncios insertados en las páginas del semanario ilustrado *Blanco y Negro* entre 1891 y 1899, el 34,82% pertenecían al sector de la salud. Sin embargo, durante ese mismo periodo y ya entrado el siglo XX, tal como recoge la misma autora, los principales agentes publicitarios reaccionaron al desprestigio social que se asociaba a anunciar «medicamentos milagrosos» (que, por otra parte, habían sido unos de los principales productos en sumarse al carro de la publicidad) y decidieron reorientar su negocio buscando otros sectores empresariales. En este gesto se refleja, por tanto, uno de los primeros dilemas éticos que guardan relación entre la publicidad y la salud.

En la publicidad tradicional los anunciantes se basan en datos proporcionados por los estudios de difusión y audiencias de los medios de comunicación de masas o en la monitorización del *sharing*. Estos permiten identificar datos grupales, tales como las franjas horarias con más audiencia, las más apropiadas para algunos sectores (por ejemplo, el horario infantil), o algún tipo de dato sociodemográfico grupal, como qué tipo de ideología política predomina (por ejemplo, los oyentes de la SER y los de la COPE son distintos a efectos de grupo). Estos estudios, sin embargo, no permiten discriminar los intereses, las necesidades o los comportamientos específicos de un oyente/espectador/lector determinado, como sujeto consumidor de información. El poder de la publicidad tradicional radica principalmente en la capacidad de difusión del medio. Es decir, si el número de personas es muy elevado (como es el caso de los medios de masas), se espera que entre estas se incluyan también las que constituyan la población diana o estratégica que busca el anunciante. En la actualidad, numerosos medicamentos OTC y otros productos relacionados con la salud son publicitados de esta manera (desde prótesis auditivas, lentes de contacto, compresas y dentífricos, hasta todo tipo de tratamientos de dudosa fiabilidad para eliminar, supuestamente, el sobrepeso, la celulitis, las arrugas, la alopecia o los problemas de erección).

Una forma particular de publicidad tradicional es la que encontramos en vallas publicitarias, pósteres y carteles encolados a paredes, muros, postes, marquesinas y cualquier espacio por el que se presupone que pueda transitar

un buen número de personas, entre las cuales podría incluirse el público objetivo. Por ejemplo, un anuncio de cerveza en las gradas de un campo de fútbol despierta el deseo de consumir esta bebida de poca graduación entre un público que se halla en ese momento en su tiempo de ocio, probablemente entre amigos, etcétera.

Desde un punto de vista ético, la publicidad tradicional tal como la hemos descrito en este apartado, tiene la ventaja de que se ofrece en formatos diferenciados de los contenidos informativos y, por tanto, el consumidor, aunque está expuesto constantemente a un mensaje que le incita a comprar o modificar sus hábitos, puede interpretar mejor los intereses de las fuentes.

Publicidad programática

Este tipo de publicidad responde a la búsqueda realizada individualmente por el lector/consumidor de información. Es mucho más específica y reconoce las búsquedas concretas que realiza una persona en un momento determinado, las que ha realizado las semanas previas, las redes a las que está conectado, las características sociodemográficas que se hayan recogido en sus distintos perfiles y, en general, el rastro digital de aquella persona. Puede ser insertada en medios periodísticos y en otros productos digitales (por ejemplo, en redes sociales, blogs, etcétera). La contratación de este tipo de publicidad es en tiempo real, el contratante paga por aquella plataforma que le permite llegar de manera más específica al consumidor al que quiere dirigirse. El principal inconveniente desde un punto de vista ético es el gran desconocimiento que existe entre los consumidores del uso que se hace de sus datos personales y de la utilización de estos para fines comerciales. Si bien en los últimos años se han aprobado importantes regulaciones para intentar garantizar la protección de la intimidad y el buen uso de los datos personales, lo cierto es que de momento no hay vistas a que se vaya a resolver este importante problema a corto plazo. La sensación de que las empresas —y los gobiernos— saben todo de nosotros y nos ofrecen aquello que estaremos tentados a consumir con un solo *click* es mayor que nunca. La cuestión adquiere una importancia aún mayor cuando el objeto de la publicidad son los menores o las personas dependientes. La poca consciencia que tenemos sobre los datos que llegamos

a compartir sin saberlo, han llevado a las autoridades a realizar campañas de sensibilización sobre el fenómeno, al que ya han bautizado como *oversharing*. En este caso, el dilema ético tiene que ver sobre todo con el uso de los datos, si es abusivo o no, y con el desconocimiento y/o impotencia del consumidor sobre el uso de los mismos. Los datos relativos a la salud y la enfermedad tienen además un carácter especialmente singular.

El marketing de contenidos y el patrocinio

Como en el caso de la publicidad nativa, el *marketing* de contenidos y el patrocinio también se empeñan en no interrumpir la relación fluida del consumidor con sus contenidos, introduciendo la publicidad de manera aparentemente menos invasiva que con las fórmulas más tradicionales y evitando el rechazo al anuncio ostensiblemente comercial enviado directamente por la empresa.

En la publicidad nativa, como decíamos antes, el anuncio se camufla entre los contenidos del medio, como si fuera un proceso de metamorfosis. Por ejemplo, tras una búsqueda en Google es muy habitual que las primeras tres o cuatro respuestas aparezcan con un pequeño rectángulo en el que se lee «anuncio» que nos indica que los contenidos que se han situado en esta posición tan privilegiada no son necesariamente los que responden mejor a nuestra búsqueda, sino los que han pagado los servicios de Google Ads para ser más visibles. Aunque la palabra esté, el formato y estilo es idéntico al del resto de respuestas. Los *posts* recomendados por marcas se cuelan entre los mensajes elaborados por nuestros amigos y contactos en Instagram o en Facebook y, sin querer, nos sorprendemos abriéndolos e incluso compartiéndolos con nuestras redes. El efecto persuasivo de un mensaje enviado directamente por la fuente interesada es mucho menor al que tendrá el mismo si nos lo envía o recomienda un amigo.

El *marketing* de contenidos se basa en conocer qué contenidos (informativos o de entretenimiento) desea el cliente o consumidor potencial y ofrecer estos de manera atractiva. El objetivo de este tipo de *marketing* es atraer al grupo específico de consumidores potenciales, captar su atención, para poder

entonces desarrollar la estrategia comercial en toda su amplitud. Por ejemplo, la actriz Gwyneth Paltrow publica un popular blog sobre bienestar, consejos de salud y meditación (<https://goop.com>). El blog, además de servir para captar a una audiencia afín a estos temas, se utiliza también con fines comerciales. Los mismos suplementos, vitaminas y productos que recomiendan los sanadores y pseudoterapeutas que publican contenidos y consejos se pueden adquirir en el propio blog. En la figura 2, los comprimidos denominados High School Genes, compuestos por un preparado a base de anchoa, sardina y caballa, se venden a 90 dólares a mujeres «que sienten que su metabolismo ha decaído».

SHOP BEAUTY FOOD STYLE TRAVEL WELLNESS WORK

goop

Search

Shop / Wellness

goop Wellness

HIGH SCHOOL GENES

\$90.00 / \$75.00 with subscription

Formulated for women—particularly in a perimenopausal or postmenopausal state—who feel like their metabolism might be slowing down, and whose bodies are no longer responding to the exercise and diet levers that they've always pulled. This regimen addresses numerous systems in the body that may contribute to weight gain when not functioning properly.*

• 1-month supply = 30 packets

Better Deal: Sign up for monthly subscription

PLEASE NOTE: Canada shipments are limited to a 90-day supply (3 boxes) every 3 months.

[RETURN POLICY](#)

f p t e

NOT LABELED FOR INDIVIDUAL SALE. FOR RESALE, CALL (844) 437-4300. *CONTAINS FISH LIVER OIL. SHIP TO US ONLY.

GOOP WELLNESS
HIGH SCHOOL GENES
G

La última forma de publicidad que vamos a comentar aquí es el patrocinio. En el patrocinio, la marca o empresa no habla directamente con el cliente, sino que contrata a un intermediador para que luzca su logo o haga llegar su imagen. El intermediador puede ser un medio de comunicación (por ejemplo, lo vemos en los llamados «contenidos patrocinados»), un evento, una organización, un grupo de personas o una persona (en este caso, probablemente una *celebrity*, o un *influencer*, si nos referimos a personas populares en las redes sociales). Un caso que merece particular atención es el de los laboratorios farmacéuticos en su figura de patrocinador. En concreto, tradicionalmente la industria farmacéutica ha sido el principal patrocinador de congresos, reuniones e incluso programas de formación de médicos y personal sanitario. En algunos casos, no solamente patrocinan, sino que estas reuniones son una iniciativa del propio laboratorio. Este tipo de patrocinio plantea diversos dilemas éticos que tienen que ver en general con la medida en que estas relaciones pueden afectar a la independencia que deberían tener los profesionales médicos respecto de las casas comerciales, puesto que van a ser los prescriptores de medicamentos y sus decisiones pueden verse comprometidas por la relación de favor respecto a los laboratorios. Para evitar el conflicto de intereses que históricamente se ha evidenciado en muchas de estas prácticas, la profesión médica y la propia farmacia ha establecido sistemas de control y vigilancia.

El patrocinio a asociaciones de pacientes es otro entorno en el que se pueden dar problemas de orden ético. La industria farmacéutica tradicionalmente se ha dirigido más en sus estrategias comerciales a los médicos que a los pacientes. Sin embargo, las posibilidades de las redes y de las tecnologías de la información han revolucionado el mundo asociativo (incluyendo el de los pacientes). Las asociaciones de pacientes tienen actualmente mayor presencia y visibilidad, y también son más escuchadas por los estamentos con capacidad de decisión. La industria farmacéutica ha visto claro el potencial de estas asociaciones, por lo que es frecuente que ofrezca su patrocinio tanto para la organización de eventos como para ayudarles en sus publicaciones (web, redes sociales) y acciones de presión. Como en el caso de los profesionales, el problema ético fundamental en estos casos es que el patrocinio no puede ser un elemento que distorsione las decisiones y peticiones de los pacientes.

Imaginemos (como ya ha pasado con anterioridad) una empresa que patrocina a una asociación que a su vez reclama al gobierno que se haga cargo de los costes de un medicamento de la empresa patrocinadora. En el caso de los movimientos de pacientes y consumidores, a diferencia de los profesionales sanitarios, el problema es que no existen instrumentos tan claros de autorregulación.

Reflexiones finales

La publicidad relacionada con el sector sanitario o con áreas que puedan tener implicaciones en la salud humana presenta múltiples dilemas y cuestionamientos de orden ético. En la actualidad, los cambios en el ecosistema de la comunicación, propiciados en gran parte por la transformación tecnológica, han modificado sustancialmente la publicidad. Para el ciudadano/consumidor/lector/espectador cada vez es más difícil identificar y distinguir los contenidos comerciales de los editoriales, con lo que aumenta su vulnerabilidad a los efectos persuasivos de la publicidad. Las fuentes emisoras de los mensajes comerciales no siempre son explícitas y sus relaciones con los intermediadores no siempre se muestran de manera transparente. Los conflictos de intereses se multiplican en este nuevo y complejo panorama. Por otra parte, el uso y abuso de datos individuales —a veces datos tan sensibles como los que tienen que ver con la salud— supone también una fuente de conflictos éticos difícil de resolver.

Los medios de comunicación de masas son más laxos en sus relaciones con las empresas emisoras de publicidad y las presiones sobre la redacción son mayores actualmente. Por otra parte, las barreras entre contenidos publicitarios y editoriales son directamente inexistentes en las plataformas que no han sido diseñadas bajo criterios periodísticos. Ejemplos de estas plataformas no periodísticas en sus orígenes ni en su ADN son las redes sociales, las plataformas de vídeo, los blogs y canales de empresa, etcétera. En todos los casos, pero especialmente en aquellas plataformas en las que no existe la función de servicio público propia del periodismo, es más fácil encontrar mensajes procedentes de fuentes poco fiables o consejos publicitarios que no tienen nin-

guna base científica. En muchos de estos casos, incitando a comprar productos o a cambiar de hábitos que pueden tener efectos perjudiciales para la salud.

Ante este nuevo escenario en continuo cambio, la normativa debe poder adaptarse a los nuevos problemas a un ritmo más acorde con la realidad, los profesionales (de las empresas, las agencias y los medios) deben también establecer principios de conducta más claros y respetuosos con el ciudadano, mientras que este debe tomar consciencia de las nuevas relaciones comunicativas a las que está expuesto.

Bibliografía

- Bell EJ y Owen T. The Platform Press: How Silicon Valley Reengineered Journalism. 2017. Disponible en: <https://doi.org/10.7916/D8R216ZZ>.
- Codina L. La nueva convergencia: cómo las plataformas digitales están cambiando el periodismo. Consultado agosto, 2017. Disponible en: <https://observatoriocibermedios.upf.edu/nueva-convergencia-periodismo-plataformas>.
- Cramer H. Effects of Ad Quality & Content-Relevance on Perceived Content Quality. UI Impact on Performance & Decisions. 2017; 2231-2234. Disponible en: <https://doi.org/10.1145/2702123.2702360>.
- Encuesta sobre Equipamiento y Uso de Tecnologías de Información y Comunicación en los Hogares. Año 2016.
- Fernández Poyatos MD. La publicidad de salud en la prensa ilustrada de finales del siglo XIX. Questiones Publicitarias. 2011; 1(16), 108-124. Disponible en: <http://www.questionespublicitarias.es/article/view/v16-fernandez/72-pdf-es>.
- Lee H, Park N y Hwang Y. A new dimension of the digital divide: Exploring the relationship between broadband connection, smartphone use and communication competence. Telematics and Informatics. 2015; 32(1), 45-56. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.tele.2014.02.001>.
- Protalinski E. Shareaholic: Search overtook social for referral traffic in 2017 as Google passed Facebook | VentureBeat. 2018. Consultado julio 2017. Disponible en: <https://venturebeat.com/2018/02/22/shareaholic-search-overtook-social-for-referral-traffic-in-2017-as-google-passed-facebook/>.
- Revuelta G y Corchero C. Acceso a la información sobre ciencia y tecnología: evolución e implicaciones. En: FECYT (ed.), Percepción Social de la Ciencia y la Tecnología. 2014. pp. 99-130. Madrid.
- Revuelta G y Corchero C. Perfiles generacionales en el consumo de información científica. En Estudio de Percepción Social de la Ciencia y la Tecnología en España. 2016. pp. 180-2015. Madrid: Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología, FECYT. Disponible en: https://icono.fecyt.es/sites/default/files/filepublicaciones/18/06_informe_eps-cyt_2016._articulo_g._revuelta_y_c._corchero.pdf.
- Richards JI y Curran CM. Oracles on «Advertising»: Searching for a Definition. Journal of Advertising. 2002; 31(2), 63-77. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/00913367.2002.10673667>.
- Tsetsi E y Rains SA. Smartphone Internet access and use: Extending the digital divide and usage gap. Mobile Media & Communication. 2017; 205015791770832. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/2050157917708329>.

Influencia de la publicidad en las actitudes y comportamientos

Jorge Pérez

*Grup de Recerca Educativa en Ciències de la Salut
(GRECS), Universitat Pompeu Fabra (UPF)*

Introducción

El presente escrito tiene como objetivo principal el aportar información sobre el intento de cambio de actitudes a través de la persuasión y poner de manifiesto la importancia del conocimiento científico en la publicidad tanto comercial como la relacionada con la salud.

En primer lugar, comentaremos brevemente la relevancia que tienen las actitudes sobre los procesos de salud y, posteriormente, abordaremos las variables más determinantes que influyen en los procesos de persuasión, especialmente en la publicidad.

Las evidencias de la mayoría de la información presentada en el escrito pueden encontrarse en algunos trabajos de profesores españoles expertos en el tema del cambio de actitudes a través de la persuasión.¹⁻³

Actitudes y salud

Las actitudes pueden ser definidas como disposiciones valorativas relativamente duraderas y con contenido emocional hacia personas, objetos o situaciones. Ellas tienen una gran repercusión sobre la vida cotidiana y la salud de los humanos y es por ello que ocupan un lugar predominante en la Psicología Social.

En primer lugar, las actitudes son las responsables de los grandes conflictos sociales cuya mayor expresión serían las guerras. No entenderíamos el eterno conflicto palestino-israelí, los crímenes de odio entre las comunidades hutututsi en Ruanda o la relativa reciente guerra de los Balcanes sin la implicación de las actitudes de sus protagonistas. Prácticamente todos los actos de terrorismo que padecemos en la actualidad están mediatizados por las actitudes. Es evidente que estas situaciones tan extremas atentan contra la salud ya que generan muertes, lesiones y muchísimo malestar psicológico.

En segundo lugar, las actitudes políticas pueden orientar todo el sistema sanitario de un país. Los gobernantes pueden decidir donde destinar los recursos

y, en función de su ideología política, pueden invertirlos en unos proyectos o en otros. Así, los recursos para la sanidad pueden ser mayores o menores o pueden dedicarse más o menos a la sanidad pública o privada. Evidentemente, ello también repercutirá sobre la salud de la población.

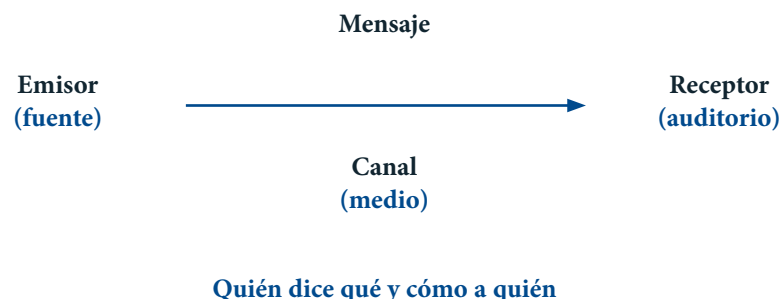
Además, las actitudes de los profesionales sanitarios también repercuten sobre el bienestar de los usuarios. Ellos pueden tener opiniones diferentes en referencia a temas importantes (dirección de centros, copago sanitario), sobre temas específicos (aborto, eutanasia, alimentación de huelguistas de hambre, transfusión de sangre en personas que no la aceptan) o sobre la propia enfermedad (modelo exclusivamente biológico o biopsicosocial) que influirían en la salud de las personas.

Finalmente, las actitudes de los usuarios pueden afectar a su propia salud, especialmente ante comportamientos saludables o nocivos (hábitos alimenticios, fumar, consumo de drogas, ejercicio físico). Es por ello que uno de los objetivos prioritarios de las autoridades sanitarias es la persuasión para generar hábitos saludables.

Cambio de actitudes mediante la persuasión

Todos los humanos estamos permanentemente sometidos a un intento de cambio de actitudes a través de las personas, incluyendo las más queridas, de los medios de información de masas o, actualmente, de las redes sociales.

En todo intento de persuasión siempre existirá alguien que intente persuadir a alguien a través de un mensaje y mediante un canal. En Psicología Social, la parte que pretende persuadir es conocida como «emisor» o «fuente» y la parte persuadida es denominada «receptor» o «auditorio». La posibilidad de que la persuasión sea más o menos efectiva dependerá de los cuatro elementos del proceso. En concreto dependerá de «Quién dice qué y cómo a quién» (figura 1).

Figura 1. Los cuatro elementos que intervienen en un proceso de percepción

Quién dice qué y cómo a quién

Variables de la fuente

En referencia a **quién dice**, es decir a la fuente, existen diferentes variables que van a influir en mayor o en menor grado en el posible cambio de actitudes. Veamos las más relevantes.

a) La **credibilidad** de la fuente hace referencia a la percepción por parte del receptor de que aquella es experta en la materia de la que está hablando. Así, a más credibilidad mayor será la probabilidad de cambio. No es de extrañar que, en la publicidad comercial, esta variable sea frecuentemente utilizada (dentista anunciando pasta de dientes, deportista avalando material deportivo, cocinero publicitando libro de cocina o músico famoso anunciando discos de música clásica).

b) El **atractivo** de la fuente sería otra de las variables relevantes. Hablamos de atractivo cuando el emisor genera en el receptor cualquier tipo de estimulación positiva, es decir, la fuente cae bien al auditorio. La relación es positiva, a mayor atractivo de la fuente mayor probabilidad de cambio de actitudes. Este recurso es mayoritariamente utilizado en la publicidad donde personajes famosos (actores de cine, de televisión, deportistas), modelos físicamente atractivos (especialmente mujeres si bien actualmente también hombres), niños (generalmente despiertan atracción) o incluso figuras no humanas como ciertos animales (ciertas marcas están asociadas a animales

que han generado gran atracción) intentan persuadir al mayor número de ciudadanos.

En referencia al poder de esta variable quisiéramos destacar dos posibles problemas. El primero está relacionado con el uso excesivo de la mujer atractiva para promocionar ciertos productos, hecho que ha dado lugar en algunas ocasiones a denuncias contra el uso machista de la publicidad.

El segundo problema hace referencia a que algunas veces una presunta fuente atractiva no lo es o deja de serlo para parte de posibles consumidores. Puede darse el caso que la atracción previa de una fuente degenere en rechazo como consecuencia de algún incidente negativo del persuasor. Recordamos hechos donde algún artista famosísimo implicado en casos de abusos a menores o algún campeón olímpico condenado por dopaje fueron rechazados por los anunciadores de los productos dado que habían perdido su atracción. También puede ser que una presunta fuente atractiva desde el principio, no lo sea para un sector importante de la población. Un futbolista famoso de un equipo de fútbol importante puede despertar rechazo ante los seguidores de su equipo rival. Este fenómeno es muy conocido por los publicistas y, actualmente, son frecuentes los anuncios de productos con futbolistas de los dos equipos rivales.

c) La **motivación interesada** de la fuente sería una variable negativa sobre la persuasión. Si un receptor percibe que el emisor tiene intereses directos en su cambio de actitud, este será menor. Así, no nos ha de extrañar las reticencias ante políticos en campaña electoral o ante vendedores de productos que llaman a nuestra puerta.

Considerando la importancia de esta variable, los anunciantes de productos o los partidos políticos intentan que sus fuentes parezcan lo más ajenas posibles a intereses concretos intentando involucrar a personas independientes.

d) La **semejanza con el receptor** sería otro factor importante de la fuente. Nos referimos a la percepción por parte del receptor de que la fuente tiene muchos elementos comunes con él. A más percepción de semejanza mayor probabilidad de persuasión. Esta variable es claramente diferente a la del atractivo donde funcionan fuentes muy conocidas mientras que en este caso las fuentes suelen ser personas anónimas para que sean percibidas como semejantes por parte del receptor. Si uno contempla durante varias horas los

anuncios de la televisión comprobará que los niños anuncian cosas para niños, la gente guapa para gente guapa, las amas de casa para amas de casa, o fuentes diferentes para distintas gamas de coches.

Hemos descrito estas variables de forma aislada pero no serían excluyentes ya que si un anunciante puede recoger más de una, la persuasión sería aún más efectiva. En concreto, si la fuente de un anuncio es percibida como creíble, además es atractiva y sin intereses directos, tendrá un potente valor persuasivo.

Variables del mensaje

Si nos atenemos a **qué se dice**, el mensaje, en el proceso de persuasión también existen factores que harán más o menos probable el cambio.

- Posiblemente la variable más importante sea el propio **atractivo** del mensaje. Este puede generar mayor o menor atracción al margen de la fuente. Cuánto más atractivo, mayor probabilidad de cambio. El propio mensaje ha de gustar, es decir ha de producir estimulación positiva en el receptor. Este factor sería posiblemente el más valorado por los creadores de publicidad ya que está relacionado con la estética y con la originalidad. A veces pensamos que sería difícil crear cosas nuevas y no dejamos de sorprendernos de lo contrario. Quisiéramos destacar que en la publicidad auditiva o audiovisual, la música sería un factor muy importante para aumentar el atractivo del mensaje.
- La **magnitud de la diferencia** es otro factor a considerar dentro de las variables del mensaje. Nos referimos al uso de la radicalidad o la moderación en un anuncio publicitario. En el intento persuasivo entre personas, claramente la moderación puede producir un mayor cambio que la radicalidad. En referencia a la publicidad, la investigación avalaría la opción de moderación, usada mayoritariamente, si bien también son conocidos algunos ejemplos donde se utiliza la radicalidad, incluso por compañías muy conocidas y prestigiosas.
- El mensaje también ha de considerar la **secuencia de presentación**, especialmente en la comunicación de intento persuasivo entre personas. Siguiendo la opción de moderación, si intentamos convencer a alguien es mejor comenzar manifestando acuerdos con su postura

para después ir introduciendo pequeñas discrepancias y así ir aumentando estas de forma progresiva. Si desde el comienzo se empieza con grandes discrepancias la probabilidad de cambio sería mínima.

En los mensajes que se pretende crear solidaridad o compasión, es mejor introducir el impacto emocional antes que la información. La visión de niños desnutridos en países subdesarrollados con problemas de alimentación debería anteceder al mensaje hablado o escrito sobre la necesidad de recaudación de fondos.

- El **apoyo motivacional** también puede ser un importante factor persuasivo del mensaje. Si la nueva actitud del receptor es percibida como semejante a la previa, la probabilidad de cambio es mayor. Un receptor contrario a la investigación animal y amante de los animales podría cambiar su actitud si el emisor también fuera amante de los animales y le pudiera aportar datos sobre la repercusión de dicha investigación sobre la salud de la humanidad.

Variables del canal

Cuando hablamos de **cómo se emite** un mensaje con fines persuasivos nos referimos al canal de comunicación, si el mensaje es hablado o escrito, es emitido directamente o mediante la radio o la televisión. Existen evidencias que manifiestan que el contacto directo es el medio más eficaz y que el mensaje hablado puede ser más efectivo que el escrito. Lo que es evidente es el poder que tiene la televisión para generar un cambio de actitudes. Así no nos ha de extrañar que el control de la televisión pública sea uno de los objetivos prioritarios de los partidos políticos cuando acceden al poder.

Queremos destacar, que sin ser expertos, intuimos que las redes sociales, tan omnipresentes en nuestros días, también serán un influyente factor en la acción persuasiva.

Variables del receptor

Finalmente, hemos de referirnos a **quién recibe** el mensaje, es decir al receptor. Ante una misma fuente y el mismo mensaje el efecto persuasivo no será

igual para todas las personas. Existen grandes diferencias individuales que determinarán la probabilidad del cambio de actitudes. Se han estudiado algunos factores que podrían favorecer o dificultar la persuasión.

Cuando en Psicología se habla de diferencias individuales siempre aparecen tres fuentes de variación: el género de las personas, la inteligencia y la personalidad. Desconocemos el papel de la personalidad sobre la persuasión y tenemos conocimiento de que, en general, las mujeres serían más sensibles a la persuasión que los hombres.⁴ La inteligencia jugaría un papel modulador en la persuasión ya que una inteligencia baja permitiría más influencia sin discriminar la posible credibilidad de la fuente o del mensaje. Por el contrario, una mayor inteligencia permitiría ser más flexible ante fuentes o mensajes creíbles al cambio de actitudes.

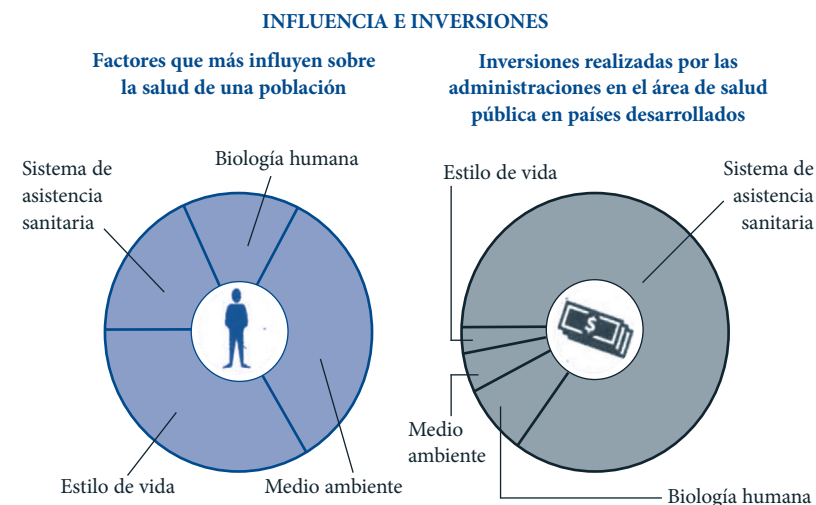
De todos modos, la variable más importante del receptor para producir un cambio de actitudes es su participación en actividades en las que en principio no estaría muy en consonancia. La implicación en cualquier tarea hace que las personas adquieran actitudes favorables hacia las mismas. El ejemplo más determinante de dicho fenómeno sería el experimento que llevó a cabo Zibardo⁵ en la Universidad de Stanford durante el siglo pasado. Allí, estudiantes universitarios asumieron con tanta fuerza el rol de carceleros o reclusos que se llegó a una situación tan negativa que el experimentador tuvo que cancelar la experiencia.

Publicidad relacionada con la salud

En un prestigioso informe realizado en 1974⁶ por el Ministerio de Salud y Bienestar de Canadá se reportaba que la salud de la población dependía de cuatro grandes factores: biología humana, medio ambiente, sistema de asistencia sanitaria y estilos de vida. Estos últimos ocupaban un lugar determinante (figura 2). No cabe duda que nuestros hábitos de salud pueden ser más o menos saludables.

Dada la importancia de lo anterior, las autoridades sanitarias consideran prioritario que los ciudadanos adquieran o mantengan hábitos saludables y eliminen o reduzcan los perjudiciales para la salud. Es por ello que muchas campañas publicitarias están dirigidas para conseguir dichos fines.

Figura 2. Los determinantes de salud según el informe Lalonde (1974)



Fuente: Lalonde, M. A new perspective on the Health of Canadians.

Lamentablemente, compañías con intereses contrarios, también realizan campañas para mantener sus productos aunque estos no sean saludables. Así, el consumo de tabaco, la venta de bebidas alcohólicas o ciertos productos alimenticios perjudiciales son promocionados compitiendo con las campañas de las autoridades sanitarias.

En la publicidad favorable o desfavorable sobre hábitos de salud también intervienen todas las variables que hemos comentado en el apartado anterior. De aquí que se busquen fuentes creíbles, atractivas y presuntamente desinteresadas. También en la promoción de la salud o en el mantenimiento de hábitos nocivos se intenta que los mensajes sean atractivos.

Lo anterior lo podríamos ilustrar con diversos ejemplos referidos al hábito de fumar, al consumo de alcohol, a la conducción de vehículos, al consumo de productos alimenticios dudosos, a la lucha contra enfermedades concretas o, recientemente, contra el maltrato infantil o la violencia de género.

Sobre el consumo de tabaco, queremos destacar que, si bien ahora está prácticamente prohibida su propaganda, siempre gozó de una publicidad muy atractiva, incluyendo fuentes muy conocidas, hecho que hoy nos sorprendería. No solo utilizaron a los actores más famosos de Hollywood sino también a profesionales de la salud, como médicos y enfermeras (figura 3). Existen anuncios muy atractivos contra el hábito de fumar, donde destacaríamos la campaña de las autoridades californianas que parodiaban los anuncios de una famosa compañía tabaquera (figura 4).

Para la promoción de la salud, la lucha contra las enfermedades (frecuentes o raras), o para denunciar la violencia infantil o de género se intenta buscar a personas famosas que sean atractivas (figura 5). Por el contrario, cuando se

Figura 3. Actores famosos de Hollywood, médicos y enfermeras promocionando marcas de cigarrillos



Figura 4. Campaña antitabaco parodiando a la de una compañía tabaquera



trata de luchar contra el consumo de drogas se acostumbra a utilizar personas anónimas para fomentar la percepción de semejanza por parte del receptor (figura 6).

Finalizamos este escrito constatando que la publicidad relacionada con la salud, tanto la que fomenta hábitos positivos como negativos utiliza el conocimiento científico procedente de la Psicología Social sobre la persuasión y el cambio de actitudes. Nos gustaría que dicho conocimiento sirviera para mejorar la salud de la población entendida no solo como la ausencia de enfermedad sino como el máximo grado de bienestar.

Figura 5. Personas famosas relacionadas con el mundo del fútbol fomentando la lucha contra las enfermedades raras o contra la explotación infantil



Figura 6. Personas anónimas contra el consumo de drogas



Bibliografía

1. Moya M. Persuasión y cambio de actitudes. En: Morales JF, Huici C (coordinadores). Psicología Social. Madrid: UNED; 2000. p. 153-170.
2. Briñol P, Horcajo J, Valle C, de Miguel JM. Cambio de actitudes a través de la comunicación. En: Morales JF, Gaviria E, Moya MC, Cuadrado MI (coordinadores). Psicología Social. Madrid: McGraw Hill; 2007. p. 491-516.
3. Tormala ZL, Briñol P. Attitude Change and Persuasion. En: Norton MI, Rucker DD, Lambertson C (editores). The Cambridge Handbook of Consumer Psychology. Cambridge: Cambridge University Press; 2015. p. 29-64.
4. Eagly AH, Carli LL. Sex of researchers and sex-typed communications as determinants of sex differences in influenceability: A meta-analysis of social influence studies. Psychol Bull. 1981; 90: 1-20.
5. Haney C, Zimbardo PG. The past and future of U.S. prison policy: Twenty-five years after the Stanford Prison Experiment. Am Psychol. 1998; 53: 709-27.
6. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ontario: Ministry of National Health and Welfare; 1974.



Bioética, Salud y Publicidad 4.0: retos éticos del *marketing* algorítmico

Patrici Calvo

Profesor de Bioética, Universitat Jaume I

1. Los rostros de la publicidad en el ámbito sanitario

«Dos caras, como algunas personas, tiene la parroquia de San Sebastián».¹ Con esta concisa pero mordaz sentencia abría Benito Pérez Galdós su novela *Misericordia* (1897), donde realiza una reflexión atemporal sobre la marginación e injusticia social para desentrañar la doble moral que gobierna los comportamientos de buena parte de la sociedad y las múltiples contradicciones que produce. Del mismo modo, también el mundo de la publicidad muestra una doble cara: una amable y cordial y otra siniestra y abyecta. Una dualidad que es mucho más visible cuando se trata de publicidad sanitaria o, aun no teniendo una vinculación directa con el ámbito sanitario, de publicidad que tiene consecuencias positivas o negativas sobre la salud.

Por un lado, la publicidad vinculada directa o indirectamente con el ámbito de la salud puede servir como herramienta para prevenir enfermedades, mejorar la calidad de vida de las personas, aumentar la autonomía de los/as pacientes y usuarios/as, optimizar la gestión de los recursos escasos —como el uso adecuado de medicamentos y de los servicios públicos—, fomentar hábitos saludables entre la sociedad —como practicar deporte e ingerir frutas y verduras diariamente—, disminuir o erradicar el consumo de productos perjudiciales para la salud —como el tabaco, las bebidas azucaradas, las comidas con alto contenido en grasas, etcétera— entre otras cosas. Pero, además, la publicidad puede ayudar a promover un público informado, comprometido y crítico capaz de introducirse en procesos de diálogo tendentes al entendimiento para mejorar y racionalizar en el ámbito sanitario.

Sin embargo, la publicidad vinculada directa o indirectamente con el ámbito de la salud también puede producir anomalías, fomentar los prejuicios, generar pérdida de sentido, producir anomia, y causar daño en el sistema y los usuarios de este, especialmente en los más vulnerables,^a que ponen en jaque tanto el propio sistema público de salud como la correcta implementación

práctica de los principios rectores del ámbito sanitario: autonomía, beneficencia, justicia y no-maleficencia. La publicidad puede utilizarse para exacerbar el beneficio de algunos productos o prestaciones; causar confusión sobre la información disponible —especialmente en aquella necesaria para el normal ejercicio de la autonomía de los usuarios del sistema—, instrumentalizar al paciente —cuando prevalece el interés para captar potenciales clientes y se olvida el fin del ámbito sanitario: el bienestar del/de la paciente—, producir un aumento de las desigualdades, atenuar o ignorar los riesgos y costos derivados de un producto o servicio, etcétera.²

Para convencer, pero también persuadir o engañar, la publicidad se ha apoyado en mecanismos y medios de comunicación tradicionales, como la televisión, los periódicos o las revistas, y el uso de *celebrities*, institutos de investigación y/o profesionales del sector de la salud para generar confianza en los productos que venden y los servicios que ofertan.^b Destacan al respecto las campañas que realizaban conocidas marcas de cigarrillos como Camel, Lucky Strike o Fatima y de leche en polvo como Lita o Nestlé entre las décadas de 1920 y 1970, donde se utilizaban profesionales del ámbito sanitario como reclamo publicitario, especialmente médicos y enfermeras.³ En estas campañas el consumo de tabaco no solo se presentaba como apto para cualquier persona, también se vinculaba con ciertos efectos beneficiosos, como curar ciertas dolencias —como la tos— y lograr un cuerpo esbelto sin esfuerzo.

Sin embargo, gracias a la triada conformada por internet, las webs 2.0 y los dispositivos móviles, durante de los últimos 15 años la publicidad se ha venido apoyando cada vez más en las grandes plataformas digitales, como Facebook, Instagram, Twitter o YouTube, entre otras. Como argumenta José Luis Orihuela, esta triada generó un nuevo ecosistema comunicativo que permitió «[...] entender y visualizar de un modo completamente nuevo las relaciones sociales y los modos de circulación de la información».⁴ Además, produjo un continuo y constante aumento del flujo de datos procedente de las múltiples interacciones establecidas por los usuarios del ecosistema que abrió la puerta a su

a. Para un estudio de casos sobre el potencial daño que puede causar la publicidad irresponsable en los más vulnerables, ver *The Baby Killer: A War on Want Investigation Into the Promotion and Sale of Powdered Baby Milks in the Third World*.¹³

b. Destacan al respecto las actuales campañas sobre superalimentos, cosméticos milagrosos, alimentos o servicios de salud sobredimensionados que utilizan a *celebrities* de la televisión y del mundo del espectáculo como Eduard Punset, Jordi Cruz o Gwyneth Paltrow.

posible análisis, gestión y uso estratégico en diferentes ámbitos de aplicación, como la economía, la salud o la política a través de la publicidad.

Hoy, empero, la *transformación digital* ha generado cambios importantes en el mundo de la publicidad. A través del fenómeno de la *hiperconectividad digital*, que produce un flujo masivo y continuo de datos sobre el comportamiento de todo, personas, procesos, cosas o animales,⁵ y la *dataficación*,⁶ que permite procesar esos datos masivos y convertirlos en información relevante primero y conocimiento aplicable después, es posible ajustar la publicidad a las necesidades personales de cada usuario y/o cliente real o potencial del sistema sanitario gracias a los datos que este u otros producen sobre sus preferencias, opiniones y hábitos.

2. Marketing algorítmico: retos éticos de la Publicidad 4.0

El fenómeno de la transformación digital surge durante la primera década del siglo XXI a raíz del éxito cosechado por lo que se ha llamado Industria 4.0 en Europa o *Smart Industry* en Estados Unidos. Implementado por primera vez en el sector automovilístico, *retail* y cosmético, y actualmente presente en cualquier ámbito de actividad, incluso el político, el educativo y el asistencial, la transformación digital está relacionada con la tendencia —por imposición tecnológica, económica e ideológica— a la total digitalización de todos los procesos implicados para optimizar los recursos y mejorar tanto la competitividad como la sostenibilidad de la empresa, organización o sector gracias a la convergencia de tres ámbitos tecnológicos —la Inteligencia Artificial (AI), el Big Data (BT) y el Internet de las Cosas (IoT)— y sus consecuencias —la hiperconectividad digital de todo, personas, animales o cosas, y la dataficación, la posibilidad de monitorizar y medir de forma precisa las preferencias, opiniones y comportamientos de los consumidores y usuarios del sistema—. ⁷

Por un lado, la *Inteligencia Artificial* ofrece la posibilidad de gobernar los procesos productivos, decisorios, comunicativos, relacionales y/o asistenciales,

incluso paliativos, a través de algoritmos que toman decisiones racionales basadas en la información disponible. Por otro lado, los Macrodatos y la Analítica de Macrodatos permiten nutrir los algoritmos de la información objetiva y relevante necesaria para poder tomar decisiones racionales y efectivas que optimicen los procesos industriales. Y, finalmente, el Internet de las Cosas (IoT) proporciona las bases para la recreación de un ecosistema ciberfísico dinámico y extensible que, conformado por *softwares*, máquinas, dispositivos y sensores virtualmente interconectados, tiene la capacidad de ejecutar acciones particulares o colectivas gracias a los algoritmos. De ahí que la transformación digital se conciba actualmente como la Cuarta Revolución Industrial, después de la mecanización, la producción en cadena y la automatización.^{8,9}

En el mundo de la publicidad, y concretamente en el ámbito de la salud,^c la *transformación digital* está cambiando rápida y drásticamente la forma de hacer las cosas. Como argumenta van Dijck⁶ «Las empresas y las agencias gubernamentales exploran los montones de metadatos que crecen exponencialmente a través de redes sociales y plataformas de comunicación, como Facebook, Twitter, LinkedIn, Tumblr, iTunes, Skype, WhatsApp, YouTube y servicios gratuitos de correo electrónico como Gmail y Hotmail, para rastrear información sobre el comportamiento humano [...]. Esto permite mejorar las estrategias de *marketing* para conseguir sus objetivos, así como empoderar al usuario del sistema de salud para aumentar su autonomía y sus capacidades; optimizar los procesos, incrementar la calidad asistencial; mejorar los pronósticos y los resultados relacionados con la prevención y erradicación de las enfermedades, racionalizar el sistema sanitario, etcétera».

No obstante, los continuos casos de mala praxis relacionados con la recopilación y uso indebido de los datos, el relativismo conductual de los algoritmos, las tácticas de fragmentación, disgregación y disolución de la responsabilidad, el absolutismo tecnológico, y la manipulación de los más vulnerables para maximizar el beneficio de las empresas y organizaciones vinculadas con

c. El informe *Inversión TIC en Sanidad* de la Sociedad Española de Informática y Salud,¹⁴ muestra que en 2017 solo un tercio de las Comunidades Autónomas españolas ha desarrollado un proyecto *Big Data*. A pesar de ello, el crecimiento con respecto a 2016 ha sido considerable, cuando solo tres habían implementado alguna iniciativa de digitalización.

el ámbito de la salud, está generando un intenso debate sobre los conflictos, límites y las consecuencias del *marketing* algorítmico.

Preocupa el sesgo sexista, racista, homófobo, xenófobo y/o aporófono que muestran los algoritmos publicitarios cuando se relacionan con las personas, toman decisiones y/o elaboran listas, *targets* o perfiles digitales. Como se ha comprobado, muchos de los modelos matemáticos utilizados en la transformación digital reproducen los prejuicios generalizados que perviven en la sociedad. De ahí que, a la hora de tomar decisiones vinculadas con el diseño e implementación de las campañas publicitarias, para los algoritmos publicitarios puede prevalecer el hombre sobre la mujer, el caucásico sobre el afroamericano, el nativo sobre el extranjero o el rico sobre el pobre. De este modo, durante el diseño y asignación de campañas publicitarias sobre productos y servicios sanitarios o —aunque no sean directamente sanitarios— que puedan tener un impacto positivo o negativo en la salud y bienestar de las personas, los algoritmos pueden reproducir pautas y comportamientos discriminatorios, excluyentes e indecorosos que aumenten la brecha de las desigualdades y atenten contra la dignidad, igualdad y libertad de las personas.

Preocupa la intromisión de los algoritmos en el ámbito privado. Actualmente, los algoritmos publicitarios procesan el flujo constante y masivo de datos sobre las preferencias, comportamientos y hábitos de clientes o usuarios proveniente de redes sociales, plataformas digitales, móviles inteligentes, ordenadores, televisores, cámaras, máquinas de limpieza, automóviles, tarjetas de crédito, nubes, bases de datos, webs 2.0, relojes inteligentes, tabletas, cafeteras, chips de NFC injertados bajo la piel, etcétera, para elaborar los perfiles digitales que luego utilizan en el diseño e implementación de campañas de publicidad personalizadas. Esta tendencia está diluyendo las fronteras entre lo público y lo privado, e incluso atenta sobre el derecho a la intimidad de las personas.

Preocupan los efectos negativos de la dataficación en la voluntad libre de los clientes y/o usuarios del sistema de salud. La información disponible sobre las preferencias, las opiniones y los hábitos de las personas puede ser utilizada de forma autointeressada para generar campos de distorsión de la realidad tan potentes que minimicen, modulen o inhiban la capacidad crítica y decisoria de las personas. Un claro ejemplo de ello es el uso fraudulento de la dataficação

hecho por la consultora Cambridge Analytica para influir en las elecciones presidenciales de los Estados Unidos de América y el referéndum sobre la salida del Reino Unido de la Unión Europea (Brexit) celebrados en 2016.¹⁰ En el ámbito de la salud, este tipo de campañas agresivas pueden producir un problema importante de salud pública. Por ejemplo, cuando la venta de ciertos productos o servicios —como el alcohol, el tabaco o las casas de apuestas— se dirigen a personas con problemas de adicción —como drogadictos, alcohólicos, fumadores o ludópatas— o con tendencia o riesgo de recaída en pautas nocivas.^d Por ello, estos algoritmos publicitarios centran sus campañas en las personas más vulnerables y afectadas negativamente por los productos y servicios que intentan vender, puesto que sus perfiles digitales muestran una mayor preferencia que el resto.

Preocupa la despersonalización de la responsabilidad del *marketing* algorítmico y, más concretamente, de la Publicidad 4.0. Con la sustitución de personas por algoritmos en los procesos de toma de decisiones, se está estableciendo un peligroso mecanismo de fragmentación y/o disolución de la responsabilidad que puede ser utilizado por las agencias de publicidad para sortear las exigencias legales, sociales y medioambientales de sus *stakeholders*. Si son los algoritmos los que toman las decisiones, parece «lógico» que también deben ser estos quienes asuman la responsabilidad por las consecuencias negativas de sus decisiones. Además, a este hecho se le une que el aprendizaje profundo o *deep learning* hace muy difícil —por no decir imposible— establecer algún tipo de conexión entre el diseñador del modelo matemático y las decisiones que toma.

Preocupa la cosificación y mercantilización del ser humano, especialmente de los más vulnerables, como los/as enfermos/as. Con la transformación digital el ser humano se está convirtiendo en una «cosa conectada» dentro de un sistema ciberfísico creado, controlado y gobernado por algoritmos, también

d. Un exalcohólico, por ejemplo, puede ser bombardeado constantemente con anuncios de bebidas alcohólicas cada vez que abra una página web para buscar información o se introduzca en una red social para comunicarse con sus familiares o amigos. Los *algoritmos publicitarios* no disponen —al menos no deberían— de información sobre quiénes padecen este tipo de trastornos, para, de ese modo, poder establecer filtros que eviten que la información vinculada con una cierta adicción llegue a la parte de la sociedad afectada de forma directa, agresiva y personalizada.

publicitarios. Con ello, la cosificación del ser humano ha llegado a su nivel más sofisticado. Convertido en miles de miles de millones de datos objetivos, medibles y transformables en información relevante y conocimiento aplicable, ya no es el cuerpo o su fuerza de trabajo lo que se utiliza como mercancía. El mercado está ávido de datos, de ahí que el valor de la persona en un mundo datafificado como el actual se mida cada vez más por su grado de hiperconectividad, por su capacidad de generar un flujo constante y masivo de datos sobre sus preferencias, pautas, comportamientos y opiniones.

Finalmente, preocupa la imposición tecnológica o Ideología 4.0. El mercado ya no es un instrumento para la satisfacción de necesidades humanas, sino para saciar posibilidades técnicas. Como advirtió Gunter Anders en la década de 1980,¹¹ el mundo se está convirtiendo en un promotor de *odradeks*,^e en un creador de objetos sin sentido o razón de ser. Es la capacidad tecnológica la que parece marcar el rumbo del mercado, de la sociedad y de las diferentes esferas de la actividad humana, también la sanitaria. En este contexto, la transformación digital parece acentuar esa máxima defendida en los últimos años por el movimiento transhumanista¹² y la emergente Ideología 4.0: aquello que la tecnología permite, se convierte inmediatamente en un imperativo moral, aun cuando el producto o servicio carezca de cualquier sentido, razón de ser, o incluso pueda fomentar prácticas nocivas o insaludables.

Por todo ello, aunque la transformación digital atesora una gran potencialidad para el ámbito de la salud, su implementación acrítica puede tener un impacto muy negativo en la sociedad; sobre todo para los usuarios más vulnerables del sistema sanitario: enfermos/as, niños/as y personas con un bajo poder adquisitivo. Entre otros, el aumento de las desigualdades, la instrumentalización de las personas, la intromisión en el ámbito privado, la manipulación de la voluntad libre, la dictadura algorítmica y la reproducción de los prejuicios, pautas y comportamientos discriminatorios, excluyentes e indecorosos que perviven en la sociedad y que atentan contra la dignidad, igualdad y libertad de las personas. Es necesario, por tanto, discernir qué y

e. El concepto *odradeks*, fue empleado por Kafka en el cuento *Preocupaciones de un padre de familia* para describir aquello que ha sido creado, pero no tiene la menor utilidad o funcionalidad.¹⁵

cómo prevenir, minimizar y/o eliminar las consecuencias derivadas de la transformación digital en el ámbito del *marketing* y la publicidad directa o indirectamente relacionada con el ámbito sanitario.

3. Bioética y *marketing* algorítmico: sistemas de monitorización y cumplimiento para una gestión ética y responsable de la publicidad

Como se ha comentado anteriormente, la transformación digital alberga un potencial predictivo, racionalizador y optimizador sin precedentes. Sin embargo, para el ámbito sanitario el *marketing* algorítmico y la Publicidad 4.0 se están convirtiendo en un elemento disruptor de la normal implementación de los principios de la Bioética —autonomía, beneficencia, no-maleficencia y justicia— en el ámbito práctico.

Autonomía

Actualmente, el *marketing* algorítmico aplicado al ámbito sanitario está distorsionando el normal desarrollo de la autonomía de los clientes, pacientes y usuarios. Por un lado, la Publicidad 4.0 genera campos de distorsión de la realidad que genera heteronomía y limita la capacidad crítica de las personas. Por otro lado, los algoritmos están monopolizando los espacios decisivos del ámbito público y privado de forma sutil, pero implacable. Gracias a una tecnología avanzada y accesible que permite la recreación de ecosistemas ciberfísicos personalizados, cada vez son más las tareas y las decisiones públicas y privadas que se están dejando en manos de los modelos matemáticos. No es casual que en los últimos años estén surgiendo propuestas teórico-prácticas para sustituir, por ejemplo, los equipos de dirección de los hospitales o los miembros de los distintos Comités de Bioética por modelos matemáticos.

Beneficencia

Uno de los mayores problemas actuales de la implementación del *marketing* algorítmico en el ámbito sanitario, es que sus estrategias suelen primar el beneficio particular de las corporaciones frente al bienestar del paciente o usuario presente o futuro. No en pocas ocasiones se ha comprobado cómo la publicidad basada en algoritmos tiende a manipular a los clientes o usuarios del sistema sanitario y a aprovecharse de los más vulnerables para conseguir un mejor desempeño de sus objetivos empresariales. A través de campañas de publicidad altamente irresponsables, el *marketing* algorítmico exacerba los beneficios de un alimento o un medicamento, genera falsas esperanzas y expectativas infundadas en los/as consumidores/as y los/as pacientes, entre otras cosas, lo cual produce malestar moral y daño físico y psicológico a corto, medio y largo plazo.

No-maleficencia

El *marketing* algorítmico corre el peligro de dañar la salud e integridad física, emocional y moral de los pacientes y usuarios del sistema sanitario. Muchas campañas de publicidad de alimentos con altos índices de grasas y azúcares, por ejemplo, suelen dirigirse a grupos especialmente vulnerables y reproducen viejos o generan nuevos problemas de salud pública. Al respecto, destaca la publicidad de comida basura y productos azucarados dirigida a niños, los cuales producen un aumento de la obesidad y de las enfermedades vinculadas con esta. También el recurrente uso de eufemismos y lemas que vinculan un medicamento, alimento o servicio con diversos valores, como natural o saludable, lo cual produce carencias alimenticias o un uso irresponsable de medicamentos.

Justicia

El *marketing* algorítmico tiende a exacerbar las desigualdades, beneficia a los que más tienen y castiga a los pobres. Por ejemplo, la publicidad puede dirigirse al empoderamiento o capacitación de un colectivo concreto y discriminar al resto por razón de sexo, edad, raza o nivel de renta. En el caso de la

campana orquestada por Cambridge Analytica que ha llevado a Donald Trump a la Casa Blanca y al Reino Unido a las puertas de salida de la Unión Europea, esta ha generado que crezca la brecha de las desigualdades entre los ciudadanos de los países implicados. La victoria de Trump significó la eliminación del programa de salud pública aprobado por Barack Obama para minimizar la brecha de las desigualdades en Estados Unidos, la victoria de los eurófobos ha generado que muchos ciudadanos europeos con recursos limitados se queden sin protección sanitaria en el Reino Unido y viceversa.

Para una gestión ética y responsable del *marketing* algorítmico y de la Publicidad 4.0 que evite la conflictividad con los principios de la Bioética y minimice sus efectos negativos sobre la sociedad, el sistema sanitario y los usuarios de este, existen diferentes mecanismos y herramientas. Destacan entre todos ellos, el marco legislativo, los códigos de autorregulación, las memorias de responsabilidad, los comités de ética y las auditorías éticas. Sin embargo, actualmente se está trabajando en el diseño e implementación de sistemas de monitorización y cumplimiento basados en la comunicación, el procesamiento de datos masivos y la participación comprometida de los públicos objetivos.

Una de las virtudes de los sistemas de monitorización y cumplimiento de la ética, es que permiten la articulación y convergencia de la legislación, los códigos de autorregulación, las memorias de responsabilidad, los comités de ética y las auditorías éticas, así como la inclusión y participación activa y comprometida de los afectados por las consecuencias de la publicidad, también y sobre todo la basada en modelos matemáticos. La legislación y los códigos de autorregulación constituyen el marco normativo desde el cual monitorizar el grado de cumplimiento ético y los impactos positivos y negativos que generan. La memoria de responsabilidad social es el informe que hace públicos los impactos económicos, sociales y medioambientales de la publicidad. Los comités de ética son los encargados de velar por el correcto funcionamiento del sistema y de deliberar sobre la conflictividad subyacente a la publicidad para encontrar posibles vías de resolución. La auditoría ética se preocupa de certificar la coherencia existente entre lo que se exige (legislación y códigos de autorregulación), se dice (memoria de responsabilidad social) y se hace. Y las líneas de monitorización y cumplimiento son las herramientas y canales de comunicación establecidos para que los públicos objeti-

vos puedan opinar, alertar, denunciar y aportar soluciones y/o sugerencias sobre el nivel legal y moral de la publicidad.⁹

A través de estos sistemas de monitorización y cumplimiento, es posible un control y escrutinio público del comportamiento legal y moral exigible y del impacto social del *marketing* algorítmico y de la Publicidad 4.0 que este hace servir para satisfacción de sus objetivos. Solo así es posible gestionar y potenciar la legitimidad y credibilidad que está detrás de la emergencia y desarrollo de bienes cordiales que, como la reputación, la reciprocidad o la confianza, son necesarios para llevar a cabo una actividad de forma sostenible y duradera.

Bibliografía

1. Pérez-Galdós B. Misericordia. Barcelona: Linkgua; 2012.
2. Gutiérrez AI. Consume y calla. Alimentos y cosméticos que enriquecen a la industria y no mejoran nuestra salud. Madrid: Akal; 2014.
3. Arana M, Preuss U. Las multinacionales de la alimentación contra los bebés. México: Editorial Nueva Imagen; 1982.
4. Llavina X. Ahora los medios compiten con sus audiencias, El Periódico [internet]. 19 de noviembre de 2015 [citado el 9 de julio de 2018]. Disponible en: <https://www.elperiodico.com/es/entrevistas-talento-digital/20151119/entrevista-jose-luis-orihuela-4686719>.
5. Calvo P. Ética de las cosas ante el desafío de la Industria 4.0. Corresponsables [internet]. 2017 [citado el 9 de julio de 2018]. Disponible en: <https://ecuador.corresponsables.com/actualidad/etica-en-la-industria>.
6. van Dijck J. Datafication, dataism and dataveillance: Big Data between scientific paradigm and ideology. Surveillance & Society. 2014; 12 (2): 197-208.
7. Calvo P. The Cordial Economy - Ethics, Recognition and Reciprocity. Cham: Springer; 2018.
8. Zamagni S. Civil Economy. A New Approach to the Market in the Age of the Fourth Industrial Revolution. Recerca. Revista de Pensament i Anàlisi. 2018; (23): 1-18.
9. Calvo P, Osal C. Whistleblowing y datos masivos: monitorización y cumplimiento de la ética y la responsabilidad social. El Profesional de la Información. 2018; 27 (1): 173-184.
10. Sumpter D. Outnumbered: From Facebook and Google to Fake News and Filter-bubbles – the algorithms that control our lives. Nueva York: Bloomsbury; 2018.
11. Anders G. Die Antiquiertheit des Menschen 2. Über die Zerstörung des Lebens im Zeitalter der dritten industriellen Revolution. Munich: C. H. Beck; 1980.
12. Bostrom N. Una historia del pensamiento transhumanista. Argumentos de Razón Técnica (14): 157-191; 2011.
13. Muller M. The Baby Killer: A War on Want Investigation Into the Promotion and Sale of Powdered Baby Milks in the Third World. Londres: War on Want; 1974.
14. SEIS. Inversión TIC en Sanidad, Computerworld [internet]. 2018 [citado el 9 de julio de 2018]. Disponible en: <http://www.computerworld.es/pubs/SANIDAD2018/offline/download.pdf>.
15. Kafka F. Preocupaciones de un padre de familia. Madrid: Cuentos.

**Responsabilidad en
publicidad y salud**

Marco jurídico de la publicidad de los medicamentos, las tecnologías médicas y los servicios sanitarios

Núria Amarilla Mateu

Socia directora de Eupharlaw

El marco normativo que principalmente aplicaremos a la publicidad de productos farmacéuticos, sanitarios y alimentarios es extenso, como se observa en la relación siguiente. Se ha de tener en cuenta que, además, hay normativa específica de las distintas sub-categorías de productos:

- Ley 14/1986 General de Sanidad.
- Ley 34/1988 General de Publicidad.
- Ley 3/1991 de Competencia Desleal.
- Real Decreto (RD) 1416/1994 que regula la publicidad de medicamentos de uso humano.
- RD 1907/1996 sobre etiquetado, presentación y publicidad de productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria.
- Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias.
- Ley 44/2006 mejora de la protección de consumidores y usuarios.
- RD-legislativo 1/2007 (modificado por Ley 3/2014), que aprueba el Texto Refundido de la Ley para la defensa de Consumidores y Usuarios y otras leyes complementarias.
- Ley 29/2009, modificación del régimen de competencia desleal y de la publicidad para protección de consumidores.
- Ley 7/2010 de Comunicación audiovisual.
- Ley 33/2011 de Salud Pública.
- Ley 17/2011 sobre Seguridad Alimentaria y Nutrición.
- RD Legislativo 1/2015, Texto Refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (TRLGURMPS).
- RD 954/2015 indicación, uso y autorización de dispensación por enfermería (pendiente de desarrollo por las CCAA).

- RD1591/2009, por el que se regulan los productos sanitarios y RD 1662/2000, sobre PS para diagnóstico «in vitro».
- RD 1277/2002, de bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios.
- Llei 22/2010 del Codi de Consum de Catalunya.
- Decret 151/2017, pel qual s'estableixen els requisits i les garanties tecnosanitàries comuns dels centres i serveis sanitaris i els procediments per a la seva autorització i registre.

Por tanto, creo que podemos concluir que «no falta normativa sino mecanismos para que su cumplimiento sea efectivo», y para facilitar el cumplimiento ante la dispersión de la regulación ante la que nos encontramos en ocasiones, y porque las normas más generales no pueden descender a la casuística del día a día de cada sector.

Son de utilidad las guías de la Administración sobre la materia:

- Guía del SNS para la publicidad de medicamentos de uso humano dirigida al público, publicado por la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios del entonces Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en 2011, pero hay que tener presente que es anterior a la eliminación del Control Previo Sanitario (CPS) de la publicidad de los medicamentos no sujetos a prescripción médica, por la Ley 10/2013, de 24 de julio.
- En el ámbito de Cataluña, la más reciente Guía para la publicidad de medicamentos de uso humano, publicada por la Generalitat de Catalunya en abril de 2016, y disponible en su sitio web.

Por otra parte, he de reconocer que hace años no veía la necesidad de la autorregulación sectorial cuando la legislación es vinculante y contamos con las vías de mediación, arbitraje o de reclamación administrativa y jurisdiccional. Sin embargo, con los años considero que son herramientas de utilidad, especialmente en la revisión previa de anuncios y materiales promocionales de las empresas adheridas al sistema, y en tanto no se invierta decididamente en revertir la lentitud y costes de los procesos judiciales:

- Código de Normas Deontológicas para la promoción y publicidad de los medicamentos autorizados sin receta médica no financiados por el

Sistema Nacional de Salud y otros productos para el autocuidado de la salud de la Asociación para el Autocuidado de la Salud (ANEFP, 2007). Dicho código de autorregulación sectorial también es anterior a la eliminación en 2013 del requisito del control previo de la publicidad de dichos medicamentos por parte de la Administración.

- Código de Corregulación de la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a menores, prevención de la obesidad y salud (PAOS) con FIAB y el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de 2005, pero modificado en 2013.

Según la Ley General de la Publicidad (LGP), se considerará ilícita toda publicidad que vulnere los derechos constitucionales; la dirigida a menores sin respetar los límites (por ser un colectivo especialmente protegido frente a la publicidad, por su menor capacidad crítica); la publicidad subliminal; la publicidad engañosa, la publicidad agresiva y la publicidad desleal, que se centran en los actos de engaño que afecten a los intereses económicos de los consumidores y en las prácticas comerciales encubiertas, incluidas en los medios de comunicación como si de información se tratara.

Conforme a la LGP también será ilícita aquella que «infrinja lo dispuesto en la normativa que regule la publicidad de determinados productos, bienes o servicios».

Artículo 5. Publicidad sobre determinados bienes o servicios.

1. La publicidad de materiales o productos sanitarios y de aquellos otros sometidos a reglamentaciones técnico-sanitarias, así como la de los productos, bienes, actividades y servicios susceptibles de generar riesgos para la salud o seguridad de las personas o de su patrimonio, o se trate de publicidad sobre juegos de suerte, envite o azar, podrá ser regulada por sus normas especiales o sometida al régimen de autorización administrativa previa. Dicho régimen podrá asimismo establecerse cuando la protección de los valores y derechos constitucionalmente reconocidos así lo requieran.

2. Los reglamentos que desarrollen lo dispuesto en el número precedente y aquellos que al regular un producto o servicio contengan normas sobre su publicidad especificarán:

a) La naturaleza y características de los productos, bienes, actividades y servicios cuya publicidad sea objeto de regulación. Estos reglamentos establecerán la exigencia de que en la publicidad de estos productos se recojan los riesgos derivados, en su caso, de la utilización normal de los mismos.

b) La forma y condiciones de difusión de los mensajes publicitarios.

c) Los requisitos de autorización y, en su caso, registro de la publicidad, cuando haya sido sometida al régimen de autorización administrativa previa.

En el procedimiento de elaboración de estos reglamentos será preceptiva la audiencia de las organizaciones empresariales representativas del sector, de las asociaciones de agencias y de anunciantes y de las asociaciones de consumidores y usuarios, en su caso, a través de sus órganos de representación institucional.

3. [...]

4. Los productos estupefacientes, psicotrópicos y medicamentos, destinados al consumo de personas y animales, solamente podrán ser objeto de publicidad en los casos, formas y condiciones establecidos en las normas especiales que los regulen.

5. [...]

6. El incumplimiento de las normas especiales que regulen la publicidad de los productos, bienes, actividades y servicios a que se refieren los apartados anteriores, tendrá consideración de infracción a los efectos previstos en la Ley General para la Defensa de los Consumidores y Usuarios y en la Ley General de Sanidad.

Respecto de los medicamentos y productos sanitarios partimos de la normativa europea, principalmente de la Directiva 2001/83/CE en el caso de los medicamentos, y de las correspondientes Directivas sobre productos sanitarios, que se incorporaron al ordenamiento español mediante la LGURMPS y de los RD sobre productos sanitarios, respectivamente (a partir de mayo de 2020 se aplicará un nuevo Reglamento de la UE sobre productos sanitarios). En dichas normas, junto con aquellas que las desarrollan, se concreta lo que

se considera publicidad y lo que no, y los términos en que se puede dirigir a los profesionales y al público.

En el RD 1416/1994, se define la publicidad de medicamentos como «toda oferta informativa, de prospección o de incitación destinada a promover la prescripción, la dispensación, la venta o el consumo de medicamentos».

Como mecanismos de autorregulación sectorial, debemos tener presentes también el Código de Buenas Prácticas de Farmaindustria (2016) en las relaciones con los profesionales sanitarios, con las organizaciones sanitarias y con las de pacientes, así como el Código Ético de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (2018), cuyo cumplimiento por parte de las empresas adheridas es supervisado por el Jurado de la Asociación para el Autocontrol de la Publicidad.

Recomiendo consultar en este punto la Guía catalana sobre publicidad de medicamentos de 2016 señalada anteriormente, al respecto de la promoción de medicamentos y/o productos sanitarios al personal de enfermería. El RD 954/2015 de indicación, uso y autorización de dispensación por el personal de enfermería, está pendiente de algunas modificaciones (como que enfermería pueda indicar productos sanitarios, o vacunas incluidas en el calendario vacunal aprobado por el Consejo Interterritorial del SNS), y de desarrollo por las CCAA. Mientras tanto los juristas consideran que no puede realizarse publicidad directa de medicamentos de prescripción a enfermería, salvo aquella información relacionada con medicamentos que requieren determinadas instrucciones de aplicación para los enfermeros y/o para los pacientes.

Concretamente, respecto de los productos sanitarios es necesario detenerse en la definición jurídica ya que es un ámbito muy casuístico con productos muy variados de difícil clasificación en muchas ocasiones. Quería también llamar la atención en cuanto al llamado marcado CE (Conformidad Europea) que debe figurar en aquellos productos comercializados como tales por sus titulares, ya que significa la autocertificación de que se cumplen las Directivas europeas de aplicación a los productos sanitarios. Sin embargo, desde hace unos años tenemos inundado el mercado de productos que China marca con un logo prácticamente idéntico, pero que significa «China Export», desde en juguetes (productos de consumo pero que exigen ciertos niveles de seguri-

dad) a, por ejemplo, aparatos eléctricos para fisioterapia o rehabilitación que no cumplen con las exigencias normativas de la UE.

«Productos frontera» y «productos milagro»

Si en el sector farmacéutico y sanitario se parte de que la regla es la promoción a los profesionales, y la dirigida al público una excepción, respecto de los productos alimenticios y de otro tipo ocurre al contrario.

Por esta razón, dada la restricción publicitaria existente para medicamentos y productos sanitarios, cuya comercialización está controlada previamente por motivos de seguridad y salud pública, adquieren importancia conceptos como el de «productos frontera» con otras categorías y el de «productos milagro». El primero refiere al hecho de que surgen productos que no son fáciles de categorizar, pero su correcta clasificación jurídico-administrativa es esencial para garantizar su seguridad y una información veraz a la población.

Además, pese a los esfuerzos del legislador comunitario y de las normas de los Estados miembros, a día de hoy continúa existiendo una diferente clasificación de productos dirigidos a la salud entre los Estados miembros de la UE, especialmente respecto de las categorías cuya regulación no está completamente armonizada (por ejemplo, uso de sustancias distintas de vitaminas y minerales en complementos alimenticios).

Sin embargo, esta situación es diferente cuando se comercializan productos que traspasan deliberadamente los límites, entrando en el ámbito de lo que se conoce coloquialmente como «productos milagro», expresión que refiere a productos que, en el mejor de los casos, aunque engañan al consumidor son inocuos, pero que incluso, en otros, pueden entrañar serios riesgos para la salud, por su composición ilegal y/o porque la falsedad de sus pretendidos efectos haga al paciente no acudir o abandonar el tratamiento adecuado.

Para el control de la publicidad de estos últimos, contamos con el Real Decreto 1907/1996, sobre publicidad y promoción comercial de productos, actividades o servicios con pretendida finalidad sanitaria (actualmente en revisión).

Pero volviendo al ámbito no «milagroso» pero sí «fronterizo», especialmente en las últimas décadas encontramos productos que se pueden confundirnos, ya que presentan características de cosméticos, alimentos y medicamentos.

La definición comunitaria de cosmético señala que serán productos en contacto con las partes superficiales del cuerpo humano o con los dientes y mucosas bucales. Por ejemplo, un producto que el *marketing* denomina «nutricosmética» jurídicamente es un complemento alimenticio por su composición (vitaminas y minerales principalmente) y porque se ingiere, vía de administración no contemplada para los cosméticos. Otro ejemplo, un producto a base de sustancias saciantes tipo fibra, que también es jurídicamente un alimento por los mismos motivos.

Y qué ocurre con la frontera entre alimentos con propiedades nutricionales o saludables y los medicamentos. Es a la que hay que prestar mayor atención debido a las altas exigencias de la normativa farmacéutica. La definición de medicamento que nos proporciona la normativa europea, viene a decir que un medicamento lo será por su función, es decir, porque actúe sobre las funciones fisiológicas del organismo pero alcanzando una acción farmacológica, inmunológica o metabólica.

Ahora bien, un «producto que afirme poseer propiedades de diagnóstico, prevención, tratamiento o curación de enfermedades» podrá ser considerado medicamento por su presentación y, por tanto, exigirle el cumplimiento de la normativa farmacéutica, especialmente respecto de la autorización administrativa previa para su comercialización.

Y esta es la línea, en ocasiones delgada, que diferencia productos sanitarios, medicamentos y alimentos, puesto que todos ellos actúan sobre las funciones fisiológicas del organismo.

En este sentido la normativa de medicamentos incluyó en 2004 una modificación denominada «regla para el caso de duda», suponiendo una especie de «vis atractiva» de la normativa del medicamento. Sin embargo, esta regla ha sido muy matizada posteriormente por la jurisprudencia del TJUE (aquí de forma simplificada y resumida), en el sentido de que será necesario un análisis caso por caso de cada producto, para determinar:

- En cuanto a la definición de medicamento por su función, que si no se acredita que un producto alcanza una acción farmacológica, inmunológica o metabólica —aunque tenga una composición similar a principios activos de medicamentos—, porque la ingesta diaria recomendada por el producto o su mecanismo de acción no alcanzan dichos efectos en nuestro organismo, no podrá ser clasificado como medicamento por la mera duda, ya que supondría una traba a la libre circulación de mercancías dentro de la UE.
- Por otro lado que, en cuanto a la definición de medicamento por la presentación, por ejemplo, que un producto se contenga en cápsulas no es suficiente para calificarlo como medicamento, ya que es una forma admitida no solo para los medicamentos sino también por la normativa de complementos alimenticios.

Y, en cualquier caso, se tendrán que tener en cuenta todas las características del producto en cuestión, como el modo de empleo de un producto, la amplitud de su difusión, el conocimiento que de él tengan los consumidores y los riesgos que pueda ocasionar su uso.

Publicidad de medicamentos y productos sanitarios dirigida al público

Conforme al artículo 80 del Texto Refundido de la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios (TRLGURMPS), dedicado a las garantías en la publicidad de medicamentos y productos sanitarios destinada al público en general, podrán ser objeto de publicidad destinada al público los medicamentos:

- Que no se financien con fondos públicos.
- Que, por su composición y objetivo, estén destinados y concebidos para su utilización sin la intervención de un médico que realice el diagnóstico, la prescripción o el seguimiento del tratamiento, aunque requieran la intervención de un farmacéutico. Este requisito podrá exceptuarse cuando se realicen campañas de vacunación aprobadas por las autoridades sanitarias competentes.

- Que no constituyan sustancias psicotrópicas o estupefacientes con arreglo a lo definido en los convenios internacionales.

Por su parte, los mensajes publicitarios deberán reunir los siguientes requisitos:

- a) Que resulte evidente el carácter publicitario del mensaje y quede claramente especificado que el producto es un medicamento.
- b) Que se incluya la denominación del medicamento en cuestión, así como la denominación común cuando el medicamento contenga una única sustancia activa.
- c) Que se incluyan todas las informaciones indispensables para la utilización correcta del medicamento así como una invitación expresa y claramente visible a leer detenidamente las instrucciones que figuren en el prospecto o en el embalaje externo, según el caso, y la recomendación de consultar al farmacéutico sobre su correcta utilización (la conocida «pantalla azul» al final del anuncio).
- d) No incluir expresiones que proporcionen seguridad de curación, ni testimonios sobre las virtudes del producto ni de profesionales o personas cuya notoriedad pueda inducir al consumo.
- e) No utilizar como argumento publicitario el hecho de haber obtenido autorización sanitaria en cualquier país o cualquier otra autorización, número de registro sanitario o certificación que corresponda expedir, ni los controles o análisis que compete ejecutar a las autoridades sanitarias con arreglo a lo dispuesto en esta ley.
- f) Los mensajes publicitarios de los medicamentos que se emitan en soporte audiovisual deberán cumplir las condiciones de accesibilidad para personas con discapacidad establecidas en el ordenamiento jurídico para la publicidad institucional.

La publicidad de medicamentos no sujetos a prescripción médica no requerirá de autorización administrativa previa, si bien las Administraciones sanitarias competentes efectuarán los controles necesarios para garantizar que los contenidos publicitarios cumplan con las normas legales y reglamentarias, que les sean de aplicación y que se ajusten fielmente a las condiciones científicas y técnicas recogidas en la autorización de comercialización.

Sin embargo, esta supresión del requisito de autorización previa de la publicidad de los medicamentos «sin receta», que se eliminó por la Ley 10/2013 de modificación de la Ley 29/2006, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, no es aplicable respecto de aquellos productos sanitarios que por su naturaleza puedan realizar publicidad directa al público, puesto que dicha autorización previa de su publicidad es exigida por su normativa específica, el Real Decreto 1591/2009, por el que se regulan los productos sanitarios.

En su momento, una nota aclaratoria de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS), del 25 de julio de 2013, señaló como motivo que «la situación de los medicamentos y los productos sanitarios es completamente diferente, puesto que estos últimos no se encuentran sometidos al régimen de autorización de comercialización como sucede en los medicamentos. Por ello, una simple comunicación de los mensajes de productos destinados al público, no basta para salvaguardar los intereses de protección expuestos, máxime si tenemos en consideración que en productos sanitarios no existe una autorización de comercialización otorgada por las autoridades sanitarias, que utilizar como referencia del mensaje publicitario».

En todo caso, las Administraciones sanitarias, por razones de salud pública o seguridad de las personas, podrán limitar, condicionar o prohibir la publicidad de los medicamentos y de los productos sanitarios.

Tanto respecto de los medicamentos como de los productos sanitarios queda excluida la posibilidad de realizar publicidad directa o indirecta, dirigida al público en el caso de que un producto esté financiado por el Sistema Nacional de Salud. Esta prohibición de publicidad afecta a las empresas fabricantes, distribuidoras o comercializadoras, así como a todas aquellas entidades que puedan mantener un contacto directo con el paciente.

En los artículos 38 a 41 del RD 1591/2009 y entre el 25 y el 28 del RD 1662/2000, se regula la publicidad de productos sanitarios o de productos sanitarios de diagnóstico del embarazo y de la fertilidad dirigida al público.

En la publicidad de los productos sanitarios dirigida al público se prohíbe cualquier mención que haga referencia a una autoridad sanitaria o a recomendaciones que hayan formulado científicos, profesionales de la salud u otras personas

que puedan, debido a su notoriedad, incitar a su utilización. Se exceptúa de esta prohibición la publicidad promovida por las Administraciones públicas.

No podrán ser objeto de publicidad destinada al público los productos sanitarios que estén destinados a ser utilizados o aplicados exclusivamente por profesionales sanitarios.

En cuanto a la publicidad de las técnicas o procedimientos médicos o quirúrgicos ligados a la utilización de productos sanitarios específicos, esta deberá respetar los mismos criterios contemplados en la publicidad de productos sanitarios.

La regulación específica sobre productos y tecnología sanitaria —como hemos señalado— mantiene el requisito del Control Previo Sanitario (CPS) por las autoridades competentes de la publicidad de aquellos productos sanitarios que puedan ser objeto de publicidad al público, por no estar financiados ni ser de aplicación y utilización exclusivamente por profesionales sanitarios.

Cuando la empresa responsable tenga la sede social ubicada en Cataluña, independientemente de si la difusión del mensaje es en Cataluña o en todo el Estado español, la autorización la otorga la Dirección General de Ordenación Profesional y Regulación Sanitaria del Departamento de Salud.

También tienen que solicitar esta autorización las empresas de fuera de Cataluña cuando pretendan hacer publicidad únicamente en el ámbito territorial catalán.

Esta autorización debe solicitarse sea cual sea el medio utilizado en la publicidad dirigida al público, lo cual incluye los medios generales de comunicación (prensa, radio, televisión), así como también internet y cualquier otro material promocional dirigido al público (pósters, vallas publicitarias, carteles, paneles, expositores, trípticos, etcétera).

Publicidad de centros y servicios sanitarios

En cuanto a los centros y servicios sanitarios, contamos con una normativa básica mediante el RD 1277/2002 y también autonómica, como señalamos al

inicio en el listado de normas. Además del Código de Consumo de Cataluña (destacando al respecto sus artículos 126 y 127, dedicados a la promoción, publicidad e información), señalo aquí también el reciente Decreto 151/2017, de 17 de octubre de 2017, por el que se establecen los requisitos y las garantías técnico-sanitarias comunes de los centros y servicios sanitarios y los procedimientos para su autorización y registro.

La norma autonómica exige la obtención de la autorización administrativa correspondiente antes de la puesta en funcionamiento del centro o servicio, y la prohibición de iniciar ninguna actividad ni de realizar publicidad antes de recibir la resolución expresa. En dicha autorización previa de funcionamiento se determinarán las actividades autorizadas en concreto, que son las únicas que se podrán publicitar, siempre que no induzcan a error. Concretamente señala, respecto de los espacios multiconsultas que no podrán publicitarse de forma que parezcan un centro sanitario en su conjunto.

Es importante tener en cuenta también aquí el RD 1907/1996, aún vigente, al que se puede acudir no solo respecto de la publicidad de todos aquellos productos que no tengan regulación específica (como sí ocurre con medicamentos, productos sanitarios y alimentos) o que sobrepasen sus límites. Aunque se le conoce como RD de «productos milagro», su título es de actividades, servicios y productos con pretendida finalidad sanitaria.

Información y publicidad se diferencian principalmente por su finalidad

Para finalizar, quiero remarcar la importancia de la diferenciación entre publicidad e información, que aunque difícil en ocasiones, podremos determinar principalmente por su diferente finalidad, como refleja la propia normativa, tanto la Ley General de Publicidad como las Directivas 2006/123/CE, relativas a los servicios en el mercado interior (art. 4) y 2000/31/CE de comercio electrónico (art. 2).

Cuando se trata de productos enfocados a la salud la dificultad se agrava porque la información se convierte en una poderosa herramienta de *marketing* y la publicidad amplía sus elementos informativos por exigencia legal.

El elemento clave para que el ciudadano pueda hacer elecciones saludables es la información:

- Veraz: no falsa, exagerada o engañosa, y con evidencia científica actualizada.
- Comprensible: suficiente (no excesiva) e inteligible para un «consumidor medio, razonablemente atento y perspicaz» (Sentencia del Tribunal de Justicia de la Comunidad Europea de 16-07-1998, asunto C-210/96).

Por tanto, sin perjuicio del papel de la comunicación comercial, para poder decidir realmente necesitamos información veraz y comprensible, y la responsabilidad de todos. La industria debe proporcionarla en origen, puesto que es quien conoce de primera mano sus productos y la proporciona al resto de agentes. La Administración debe cumplir con su labor de información, formación y protección de la salud pública. Los medios deben proporcionar tanto una información como una comunicación responsables. Los profesionales fomentar las elecciones saludables mediante una correcta transmisión de información, pero también los destinatarios, cada uno en proporción a nuestra cuota de responsabilidad.

Bibliografía

- Agraz Pérez-Enriquez L. Publicidad de Medicamentos. En Juberías Sánchez A. (coord.) Medicamentos, Productos Sanitarios y Protección del Consumidor. Madrid: Ed. Reus; 2017. p. 115-128.
- Amarilla Mateu N, Lozano Arjona M. Productos frontera, productos milagro y la protección de la salud pública. En Revista Derecho y Salud, volumen extra, 2016. Disponible en <http://www.ajs.es/revista-derecho-y-salud/productos-frontera-productos-milagro-y-la-proteccion-de-la-salud-publica>.
- Amarilla Mateu N. Información y publicidad sobre productos alimenticios. En Aranceta Bartrina J, Amarilla Mateu N. (coords.) Alimentación y Derecho: aspectos legales y nutricionales de la alimentación. Ed. Médica Panamericana; 2011. Madrid. p. 39-63.
- Amarilla Mateu N. Categorías de productos regulados por la Ley 29/2006, de garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios. Frontera medicamento-alimento. En: Sempere Navarro A y Amarilla Gundín M (dirs.) Derecho Farmacéutico Actua, Ed. Thomsom Reuters – Aranzadi; 2009. Cizur menor. p. 193-223.
- Maroño Gargallo M, García Vidal A. El código ANEFP (La autorregulación publicitaria en el ámbito de los medicamentos sin receta y otros productos para el autocuidado de la salud). En: Tobío Rivas A (coord.) Estudios de derecho mercantil: Libro homenaje al Prof. Dr. Dr.h.c. José Antonio Gómez Segade, Madrid: Marcial Pons, 2013. p. 497-514.
- Sarrato Martínez L. Régimen jurídico-administrativo del medicamento. 1ª ed. Madrid: Ed. La Ley; 2015. p. 678-706.
- Vida Fernández J. Concepto y régimen jurídico de los medicamentos. Su distinción de otros productos para el cuidado de la salud. Valencia: Ed. Tirant lo Blanch; 2015.

La autorregulación empresarial en el compromiso por una publicidad responsable en el ámbito de la salud

M^a del Rosario Fernando

Subdirectora general de Autocontrol

1. Introducción

Los sistemas de autorregulación publicitaria son la respuesta de la industria a la exigencia de la sociedad para que existan unas garantías de confianza y credibilidad en la publicidad. Estos sistemas existen en la mayoría de los países de nuestro entorno y son reconocidos y fomentados por la normativa comunitaria y nacional (Ley 3/1991, de 10 de enero, de competencia desleal y otras normas sectoriales). En todo caso debe tenerse presente que ni la autorregulación ni la corregulación publicitaria pretenden ser un sustituto del control legal o administrativo, sino servir de útil complemento a estos.

En España, el sistema de autorregulación publicitaria y los compromisos de responsabilidad de la industria en este ámbito son gestionados por Autocontrol, una asociación sin ánimo de lucro, creada en 1995. Esta asociación está integrada por anunciantes, agencias de publicidad y de medios, medios de comunicación y asociaciones sectoriales. En total cuenta con más de 500 socios directos y 2.000 indirectos, que representan más del 70% de la inversión publicitaria en España. Entre estos socios se incluyen numerosas empresas del sector de la salud, incluidos laboratorios farmacéuticos y Farmaindustria, ANEFP y AESEG.

Desde sus inicios, Autocontrol gestiona el sistema español de autorregulación de la comunicación comercial sobre la base de tres instrumentos principales: en primer lugar, los Códigos de Conducta (Código de Conducta Publicitaria de Autocontrol y los Códigos de Conducta Publicitaria Sectoriales). En segundo lugar, el Jurado de la Publicidad, que es un órgano extrajudicial de

resolución de controversias que se encarga de resolver reclamaciones en materia publicitaria. Y, en tercer lugar, su Asesoría Jurídica, formada por profesionales expertos en Derecho de la Publicidad, Privacidad y Protección de Datos e Informática con dedicación exclusiva para Autocontrol, que se encargan de asesorar a las empresas en el cumplimiento de sus obligaciones legales en estos ámbitos.

En 2017 el Jurado resolvió, en un plazo medio de 14 días en primera instancia, un total de 217 casos, correspondientes a 1.785 reclamaciones. Por su parte, la Asesoría Jurídica de Autocontrol atendió ese mismo año 43.536 consultas previas, de ellas 31.568 eran solicitudes de Copy Advice® (revisión de proyectos de campañas publicitarias).

2. Códigos de Conducta Publicitaria en el ámbito de la salud

Los Códigos de Conducta Publicitaria son los instrumentos en los que se plasman los compromisos deontológicos que las empresas voluntariamente asumen en su actividad publicitaria, complementando las normas legales aplicables.

El Código de Conducta Publicitaria de Autocontrol, establecido en 1996, e inspirado en el Código Internacional de Prácticas Publicitarias de la Cámara de Comercio Internacional (CCI), vincula a todas las empresas adheridas a la Asociación, que se comprometen a cumplir sus normas y a someterse al Jurado de la Publicidad, que es el órgano encargado del control de su cumplimiento.

Además, Autocontrol aplica 20 Códigos de Conducta Publicitaria Sectoriales, a través de los cuales determinados sectores establecen compromisos deontológicos voluntarios complementarios, en relación con la publicidad de sus productos concretos o servicios. Entre ellos se incluyen los siguientes códigos sobre publicidad de medicamentos: el Código de Buenas Prácticas de la Industria Farmacéutica de FARMAINDUSTRIA (2002); el Código de Normas Deontológicas para la promoción y publicidad de los medicamentos autorizados sin receta médica no financiados por el Sistema Nacional de Salud y otros

productos para el autocuidado de la salud de la Asociación para el Autocuidado de la Salud (ANEFP) (2007); y el más reciente Código de Conducta sobre las Interacciones con la Comunidad Sanitaria (AESEG) (2018).

Deben citarse, además, otros códigos de productos y/o servicios relacionados con la salud como son los siguientes: el Código de correulación de la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a menores, prevención de la obesidad y salud de FIAB (2005), el Código de Buenas Prácticas en la Publicidad de la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (FENIN) (2006), el Código Ético de la Asociación Española de Fabricantes y Distribuidores de Productos de Nutrición Enteral (AENE) (2006), el Código Deontológico de Buenas Prácticas Comerciales para la Promoción de los Productos Dietéticos Infantiles (ANDI) (2012) y el Código de Autorregulación para una comunicación responsable en el sector de Perfumería y Cosmética (STANPA) (2015).

3. Asesoramiento previo sobre campañas publicitarias de productos o servicios en el ámbito de la salud

La principal herramienta de asesoramiento previo que ofrece Autocontrol a las empresas es el Copy Advice®. Se trata de un informe escrito de asesoramiento legal y deontológico de campañas publicitarias antes de su difusión. Es voluntario y no vinculante (a excepción de lo previsto en algún Código de Conducta que lo establece como vinculante para las empresas que se adhieren a él) y confidencial (con la única excepción de que dicho informe, si es positivo, pueda ser puesto en conocimiento de una Administración Pública con la que Autocontrol tenga firmado un acuerdo de colaboración, si así lo solicita esta). Este informe de asesoramiento se emite, como regla general, en un plazo de tres días desde su solicitud. Desde el lanzamiento del servicio, la Asesoría Jurídica de Autocontrol ha atendido más de 200.000 solicitudes de Copy Advice®.

El 15% de los Copy Advice® emitidos por Autocontrol en 2017 se referían a productos o servicios relacionados con la salud (4.636 en total). En el siguiente cuadro se ofrece el desglose de los mismos.

Copy Advice® sobre publicidad de:	
Alimentos:	3.913
• con declaraciones nutricionales o de propiedades saludables	1.499
Medicamentos	263
Cosméticos	176
Productos sanitarios	150
Centros sanitarios y tratamientos	134
Total	4.636

4. Resolución de reclamaciones por el Jurado de la Publicidad sobre campañas publicitarias de productos o servicios en el ámbito de la salud

El Jurado de la Publicidad es un organismo extrajudicial independiente encargado de resolver controversias y reclamaciones en materia publicitaria, aplicando el Código de Conducta Publicitaria. El sistema de reclamaciones sobre publicidad es gratuito para consumidores, asociaciones de consumidores y la Administración. Desde su creación ha resuelto más de 4.000 casos.

El Jurado está compuesto por profesionales de prestigio con reconocida cualificación en los sectores del Derecho, la Comunicación Comercial, la Economía o la Protección de Consumidores y desarrolla su actividad guiado por los principios de independencia y transparencia. Para asegurar su imparcialidad, el Jurado de la Publicidad y sus miembros son independientes de los órganos asociativos y de las entidades adheridas a Autocontrol. El 25% de sus miembros son designados a propuesta de la Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN).

Las reclamaciones ante el Jurado pueden ser presentadas por cualquier persona con un interés legítimo en reclamar contra una determinada publicidad, con independencia de su pertenencia o no a la asociación.

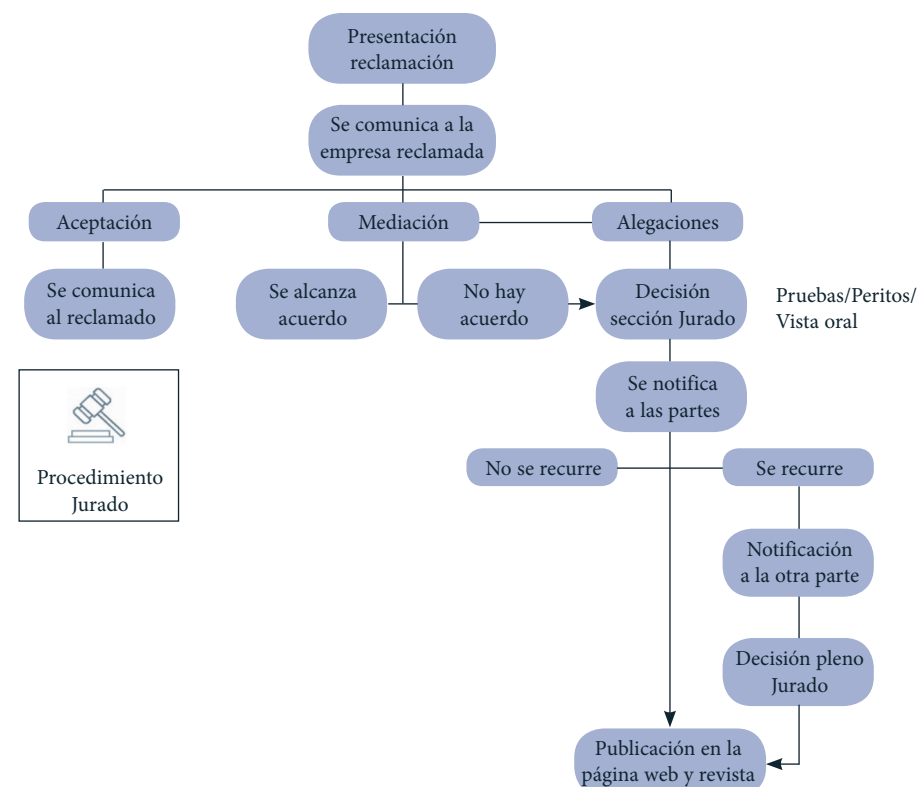
Las resoluciones del Jurado de la Publicidad se hacen públicas y su cumplimiento es obligatorio para los socios u otras entidades sometidas al sistema en virtud de los acuerdos de aplicación de Códigos de Conducta Sectoriales, y voluntaria para el resto. En este último caso, pese a la voluntariedad del sistema (que por su propia naturaleza solo puede vincular a las entidades adheridas o vinculadas) es innegable la fuerza moral de la que gozan los pronunciamientos del Jurado de la Publicidad en todo el sector, incluso entre las empresas no adheridas al sistema.

El tiempo medio que tarda el Jurado de la Publicidad en resolver una reclamación es de 14 días en primera instancia. Y las reclamaciones resueltas por «mediación» o «aceptación» por parte del anunciante tienen un plazo medio de 5 días, con el consiguiente cese o rectificación de la publicidad. El procedimiento de tramitación de una reclamación ante el Jurado de la Publicidad se resume en el cuadro de la página siguiente.

De los 217 casos tramitados por el Jurado de la Publicidad durante 2017, 99 se referían a reclamaciones frente a campañas publicitarias de productos o servicios relacionados con la salud, en concreto: 81 casos fueron sobre publicidad de alimentos y bebidas, nueve sobre publicidad de cosméticos, cinco sobre publicidad de medicamentos de uso humano, tres sobre centros sanitarios y/o tratamientos y uno sobre productos sanitarios.

5. Convenios de colaboración con Administraciones Públicas en el ámbito de la salud

Desde su creación, en 1995, Autocontrol viene colaborando activamente, en el marco de los acuerdos y convenios que tiene firmados con numerosas Administraciones nacionales y autonómicas competentes en el control de la actividad publicitaria. En la actualidad tiene suscritos 34 acuerdos.



De ellos pueden citarse por su especial relación con la salud y de alcance nacional: el Convenio con el Ministerio de Sanidad y Consumo y la Federación Española de Industrias de Alimentación y Bebidas (FIAB) para la gestión del Código PAOS sobre publicidad de alimentos dirigida a menores (2005); el Acuerdo de Colaboración para el fomento de la autorregulación de la actividad publicitaria con la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), actual Agencia Española de Consumo, Seguridad Alimentaria y Nutrición (AECOSAN) (2008); y el Convenio de Colaboración

con el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSI) y la Asociación para el Autocuidado de la Salud (ANEFP), sobre la publicidad de medicamentos de uso humano dirigida al público (2014).

De alcance autonómico son relevantes en el ámbito de la salud: la Adenda al Convenio de Colaboración con la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha, firmado con la DG de Salud Pública (2017); la Adenda al Convenio de Colaboración con la Consejería de Sanidad de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha, firmado con la DG de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria de Salud Pública (2017); el Convenio de Colaboración con la Consejería de Salud (DG de Consumo), de la Junta de Andalucía (2017); y el Convenio con la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (2017).

En todos estos acuerdos y convenios, las Administraciones firmantes, de conformidad con lo previsto en numerosas normas estatales y comunitarias, reconocen el rol de Autocontrol como organismo de autorregulación publicitaria y la utilidad de sus herramientas de asesoramiento previo y de resolución de reclamaciones, cuya utilización promueven e incentivan, como complemento y sin menoscabo del ejercicio de sus competencias administrativas. La mayoría de dichos acuerdos cuentan con comisiones de seguimiento paritarias que facilitan la coordinación y cooperación mutua entre las entidades firmantes, siempre sin perjuicio de las competencias y funciones de la correspondiente Administración. Los convenios más recientes incluyen una estipulación en virtud de la cual se viene a establecer, en unos u otros términos, que en caso de tramitación de un expediente sancionador en relación a una campaña publicitaria, se presumirá la buena fe de aquella empresa que con carácter previo a la difusión de la misma haya obtenido un Copy Advice® positivo emitido por Autocontrol.

#SaludsinBulos, contra las *fake news* de salud

Carlos Mateos

Coordinador de #SaludsinBulos y director de COM Salud

Los bulos de salud se han multiplicado en la red y ya suponen un tercio de las noticias falsas, según alerta un informe¹ de la Asociación de Internautas sobre bulos y fraudes en la red. Por eso ha nacido #SaludsinBulos, con el objetivo de identificar y desmontar las informaciones falsas sobre salud en la red. Se trata de una iniciativa de la agencia de comunicación COM Salud contando con la colaboración, desde su inicio, de la Asociación de Investigadores en eSalud (AIES) y la Asociación Nacional de Informadores de la Salud (ANIS), y al que se han sumado sociedades científicas, asociaciones de pacientes, periodistas de salud, blogueros científicos e instituciones sanitarias.

El proyecto cuenta con una web (saludsinbulos.com) desde la que desmontamos las noticias falsas que nos llegan de los usuarios o de los profesionales sanitarios que colaboran con nosotros. El objetivo es contribuir a que exista información veraz y contrastada sobre salud en la red con la participación de profesionales sanitarios, organizaciones de pacientes y comunicadores. La capacidad de internet para difundir una noticia ha sido aprovechada por los fabricantes de bulos con el fin de propagar rumores sobre salud que pueden tener importantes consecuencias en los usuarios. Algunos de estos rumores responden a personas que buscan protagonismo a toda costa, otros a quienes pretenden obtener beneficios económicos.

Los bulos son de lo más variado, aunque muchos tienen relación con el cáncer: que si el aire acondicionado al arrancar el coche emite elementos tóxicos, que si el aceite de palma de una crema de chocolate causa cáncer, que los pintalabios contienen plomo capaz de producir cáncer de labio. Todo lo que apele a los miedos de la población y a ingredientes habituales de nuestra dieta y de los objetos con los que convivimos cada día es caldo de cultivo para la rumorología en salud. En muchas ocasiones hay una motivación económica: alguien se lucra ofreciendo productos y servicios, recibiendo donaciones o

atacando a un competidor. En otros casos el motivo es más incierto, ya que no parece beneficiar a nadie, como el que relaciona la visión de ciertos vídeos a una donación de una entidad benéfica. Es falso pero tampoco perjudica. Tampoco faltan los personajes famosos que con irresponsabilidad y falta de información difunden barbaridades científicas, como que aspirar un limón previene el cáncer o que las vacunas tienen relación con el autismo. En otras ocasiones el origen se debe al deseo de ayudar. Ese «no sé si será cierto pero por si acaso lo difundo», que ha propiciado cadenas de supuestas ayudas a niños que requieren un trasplante en Estados Unidos y que no son más que suministros para *spam* o para algunas cuentas corrientes de los supuestos padres.

El negocio de los anuncios

En otras ocasiones, el origen de los bulos hay que buscarlo en webs que desean aumentar el tráfico de visitas a toda costa, para lucrarse con los anuncios de Google, aunque su información sea falsa. Cuantos más visitantes lleguen a la web, mayores serán los beneficios. Así, lo denunciaba el diario *El País*,² en un artículo en el que cita webs como *Digital Sevilla*, dirigida por un informático de 24 años, sin equipo de redacción, y que se basa en titulares sensacionalistas, muchos de ellos dirigidos contra Susana Díaz como «La Mr. Potato andaluza: de Jennifer a Susana Díaz», «El extraordinario parecido de Susana Díaz y “la mala” de *Juego de Tronos*» o «Tres cosas que tienen en común Díaz y Kim Jong-un». Como recoge *El País*, en febrero alcanzó su récord de audiencia, con 496.000 usuarios únicos, superando en casi 50.000 a la web del *Diario de Sevilla*, un periódico de referencia en la capital andaluza, según el medidor de audiencias comScore.

Según denuncia este medio, ocho de las principales páginas españolas de contenido partidista, sesgado o bulos se lucran gracias a la red de publicidad de Google, la Google Display Network. Son *Periodista Digital*, *OK Diario*, *Esdiario*, *Gaceta*, *Caso Aislado*, *La Tribuna de Cartagena*, *Mediterráneo Digital* y *Digital Sevilla*. En ellas aparecen contenidos xenófobos, machistas y muchas invenciones.

Titulares alarmistas

En ocasiones no se trata de páginas sin escrúpulos sino que la desinformación proviene de medios consolidados en los que quien escribe no está especializado en salud y puede publicar titulares como que: «Las patatas fritas de una cadena de comida rápida ayudan contra la calvicie» o que «un peluquero valenciano ha inventado una tijera de fuego que hace crecer el pelo». Pero también podemos encontrar artículos firmados por periodistas con muchos años de especialización en salud con un titular puesto por el *community manager* del medio que desea conseguir visitas.

Por eso, dentro de la web *saludsinbulos.com* hemos incluido un apartado dedicado a las noticias de salud con titulares alarmistas. Tras muchas de esas informaciones se esconde un fondo de veracidad que un editor jefe, con el deseo de incrementar las visitas a un artículo, coloca un titular exagerado. La finalidad es contar con una guía para los periodistas y para aquellos profesionales sanitarios que quieran orientar a los pacientes en informaciones que han podido alarmarles. Aquí encontramos desde sopas quemagrasas a patatas fritas contra la calvicie o máquinas de resonancia que tragan personas. Un equipo de profesionales sanitarios desmonta estos titulares y explica qué hay de cierto en ellos.

También cuenta con un apartado de *Consultas de la población* para que los usuarios envíen posibles dudas de bulos sobre salud que hayan encontrado en la web, con el vínculo y puedan pedir que un profesional sanitario lo aclare.

Además de combatir los bulos en la web, las entidades colaboradoras se han unido con blogueros destacados para contestar los bulos más flagrantes a través de las redes sociales. Si todos actuamos de manera coordinada podremos frenar la propagación de estas *fake news* que tanto daño hacen a la salud.

Vacunas

Las consecuencias de los bulos ya han sido medidas en las actitudes de la población, sobre todo cuando se habla de vacunación. Las noticias falsas o *fake news* sobre vacunas están reduciendo la eficacia de las campañas de vacunación, según diversos estudios, y dejan a gran parte de la población

desprotegida frente a virus que pueden ser mortales. Así lo hemos denunciado durante el XXV Congreso de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG), organización que está adherida a la iniciativa #SaludsinBulos para combatir los bulos de salud en internet.

Uno de los bulos más peligrosos que existen es el que relaciona las vacunas con la aparición de autismo y que han difundido personajes famosos como el presidente de Estados Unidos, Donald Trump y el presentador Javier Cárdenas. El supuesto estudio en el que se basan los antivacunas para difundir este rumor ha sido descalificado por falso por la comunidad científica y ha habido centenares de investigaciones clínicas demostrando la seguridad y eficacia de las vacunas y que no existe relación con el autismo.

Sin embargo, la sospecha infundada sobre la relación con el autismo y otras enfermedades ha calado en gran parte de la población. Así, un estudio publicado el pasado mes de mayo en la revista *JAMA Pediatrics*³ demuestra que los padres de niños autistas vacunan a sus hijos en mucha menor proporción que lo hace el resto de la población y que ese patrón lo siguen en los hermanos menores del hijo con autismo.

La revista *Vaccine*,⁴ también en mayo, alertaba de que las campañas en favor de la vacunación en redes sociales no llegan a las personas que están en contra porque los grupos antivacunas solo se informan en sus propias comunidades, y que la polarización a favor y en contra de las vacunas se ha concentrado en los últimos años.

Por eso, desde #SaludsinBulos advertimos que el escepticismo sobre la seguridad y eficacia de las vacunas en redes sociales puede ser la razón de que se hayan reducido las tasas de vacunación en algunos países europeos y, por tanto, incrementado la mortalidad. Así lo refleja un editorial de la revista *Scandinavian Journal of Public Health*⁵ basándose en diversos estudios.

Informe *eHealth On* (EHON)

#SaludsinBulos surgió a partir de una necesidad puesta de manifiesto por profesionales sanitarios, pacientes y periodistas activos en redes sociales y

reunidos en el Congreso Nacional de eSalud, y que, en sus dos ediciones, ha contado con la colaboración de la Asociación Nacional de Informadores en Salud (ANIS), las principales asociaciones de pacientes y diferentes sociedades científicas e instituciones sanitarias. En el primer encuentro sobre salud digital, en noviembre de 2016, se llegó a un consenso sobre la información de salud en internet, en el que se refleja la necesidad de más rigor e independencia frente al exceso de información, muchas veces errónea, la llamada *infoxicación*. Las conclusiones están recogidas en el informe *eHealth On* (EHON).⁶

Pacientes, periodistas y profesionales sanitarios coinciden en considerar que existe un exceso de información sobre salud en la red y gran parte de la misma es errónea. Todos los colectivos opinan que la información *online* sobre salud debe ser objetiva, veraz, contrastada, divulgativa e incluir fuentes oficiales, declaraciones de profesionales sanitarios y el testimonio de pacientes. También consideran que los profesionales sanitarios deberían poder *prescribir* webs a sus pacientes.

Existe una inquietud creciente entre profesionales sanitarios y pacientes por la calidad de la información sobre salud que circula en internet y, en especial, en las redes sociales, ya que se propagan con mucha facilidad rumores y noticias falsas, sin ningún contraste y creando alarma social.

El documento incluye la preocupación compartida por la falta de transparencia de muchas webs y blogs con artículos sobre salud, en las que los intereses comerciales condicionan el contenido. Tanto profesionales sanitarios destacados en redes sociales como representantes de las asociaciones de pacientes creen que la información de salud responde a menudo a los mismos intereses mediáticos y deja a un lado muchas especialidades, enfermedades o colectivos. Las asociaciones de pacientes también reclaman que se les tenga en cuenta como fuente de información en los artículos sobre salud y no solo para dar testimonios individuales.

Análisis en redes sociales

El informe *eHealth On* se acompaña de un análisis sobre algunas de las enfermedades más buscadas en la red durante el año 2016, elaborado por la con-

sultora Brand Rain para AIES. En él se incluyeron 180.826 noticias procedentes de 2.000 cabeceras de prensa y más de 9 millones de fuentes entre prensa digital, blogs, foros y redes sociales.

En el análisis se contempla cómo las noticias y conversaciones sobre la gripe, el lupus, el cáncer y la diabetes están sujetas a importantes variaciones estacionales. En el caso de la primera logró sumar más artículos y debates en redes sociales en el mes de diciembre, mientras que las otras patologías concentran gran parte del interés mediático y de los usuarios de redes sociales alrededor de un día mundial («cáncer de mama» en el cáncer) o de grandes eventos. En el infarto, sin embargo, se mantiene estable en publicaciones y conversaciones de febrero a octubre y es en noviembre cuando alcanza su pico más alto, con el fallecimiento de Rita Barberá.

En todas las enfermedades analizadas se produce un contraste entre el tono positivo de más de la mitad de las publicaciones en medios de comunicación, ligado a avances científicos, y el negativo de las conversaciones en redes sociales. De hecho, en el infarto, la palabra con la que más aparece relacionada es «fallecer».

En noviembre de 2017, tuvo lugar el segundo encuentro de salud digital en el contexto del II Congreso de eSalud,⁷ y de ahí nació el II Informe *eHealth On* (EHON),⁸ con las conclusiones de los profesionales sanitarios, pacientes y comunicadores de salud. Esta jornada contó con la participación de la Asociación Nacional de Informadores en Salud (ANIS), las principales asociaciones de pacientes y diferentes sociedades científicas e instituciones sanitarias. Para Joaquín Rodrigo, director general de Sandoz Iberia, que prologó el informe, «a los profesionales del ámbito de la salud y la comunicación nos corresponde y nos une el reto de encontrar una fórmula dirigida a hacer frente a las desinformaciones y bulos, y una de las principales vías para conseguirlo, sin duda, pasa por asumir el liderazgo informativo».

Por otro lado, «hoy en día los profesionales sanitarios están más concienciados por la calidad de la información sobre salud que existe actualmente en el mundo digital. De hecho, casi la mitad (42%) de los especialistas advierten que este tipo de información no está actualizada con los últimos avances médicos», explica el doctor Frederic Llordachs, cofundador de Doctoralia,⁹

citando el estudio *El Médico 3.0* elaborado por el directorio de profesionales sanitarios en cuatro países.

El 64% de los participantes en este encuentro de la blogosfera sanitaria creen que es posible compaginar la inmediatez con el contraste para contestar los bulos de salud. Mientras que un 73% de los panelistas consideran viable una colaboración entre sociedades científicas, instituciones y periodistas para combatir los bulos de salud. Además, la mitad de los panelistas afirman que es casi tan efectiva para combatir los bulos de salud tanto la educación en salud a la población como la respuesta rápida de instituciones oficiales y científicas (45%).

Los profesionales sanitarios frente a la infoxicación

Los profesionales sanitarios reunidos para el informe EHON consideran que se ha avanzado en la detección de la mejora en la comunicación de información sobre salud y sobre cómo conseguir esa mejora.

Sobre la cuestión de la comunicación y de los bulos consideran que los bulos tienen fuentes de mejora, pero también tienen focos que no siempre están en manos de los profesionales sanitarios y por eso, se pide una mejora en el medio periodístico e incluso la aplicación de sanciones cuando se recogen y difunden bulos desde los medios.

En cuanto al rol de los medios y de los profesionales sanitarios, se afirma que si un profesional sanitario sale desmintiendo un bulo, habría que hacer que eso interesara a los medios y para eso, los profesionales sanitarios deben ser más conocidos por los medios, ya sea mediante la marca personal o por un buen posicionamiento de SEO. No obstante, no hay que olvidar que la televisión y la radio siguen siendo los medios más eficaces. A través de los blogs no se llega a las masas.

Si bien se suele decir que los periodistas informan y que los profesionales sanitarios educan, se afirma que la educación depende de las instituciones y

que no es tarea de los profesionales sanitarios. No obstante, los profesionales sanitarios tienen derecho a comunicar sobre su campo de saber, en lo que son especialistas y a filtrar la información que se tiene que divulgar sobre salud.

Se llama la atención sobre el papel que la industria farmacéutica podría tener en la comunicación y en la lucha contra los bulos de salud si se ampliara el marco de colaboración entre todas las partes implicadas. «Todos estamos hablando de cómo combatir un bulo, pero qué podemos hacer cuando un bulo afecta a uno de nuestros medicamentos: nada, y ahí tenemos un problema muy grave. La Agencia Española del Medicamento dio un gran paso dejando abiertas las fichas técnicas, y falta hacer lo mismo con las imágenes de los medicamentos. Creo que en el siglo XXI esto tiene que cambiar y dejar que la industria farmacéutica pudiera hacer algo, participar abriendo un nuevo marco/espacio de diálogo entre los diferentes agentes», según la doctora Mònica Moro, responsable de comunicación de Menarini.

En la parte final, el debate mira al futuro y se ponen sobre la mesa diversos retos. Uno de ellos, el de la incorporación de destrezas digitales en la función de comunicación. «Es verdad que están aumentando los bulos porque hay cada vez más información y más canales y yo creo que hay que identificar las propias herramientas tecnológicas porque yo creo que a los profesionales sanitarios nos faltan las competencias digitales necesarias», señaló Miguel Ángel de la Cámara, vocal de AIES.

Otro de los retos consistiría en lograr alianzas con los principales *players* de internet para mejorar el control de la comunicación de salud. Por ejemplo, Twitter está evaluando la posibilidad de poner en marcha una solución para valorar los «tweets» de los usuarios y así eliminar un mal uso de esta red social. Igual es un modelo a seguir.

Y finalmente, otro de los retos consiste en incrementar la responsabilidad de los comunicadores. Los bulos en salud también dependen de la cautela de los profesionales a la hora de compartir la información. Se debe apelar a la responsabilidad de los profesionales, por ejemplo, leyendo una información antes de compartirla.

Los comunicadores de salud frente a los bulos

El bulo en materia de salud contribuye a difundir falsas creencias sobre supuestos efectos benéficos de terapias alternativas o también sobre efectos adversos de fármacos o estrategias terapéuticas de la medicina convencional.

Una de las preocupaciones principales para los profesionales de la comunicación es la rapidez con la que se difunde el bulo. Una rapidez favorecida por las redes sociales. En este hecho influyen tanto las características del bulo: apela al miedo, tiene un contenido de verdad y de mentira, y es fácil de entender, como la rapidez con la que se transmite.

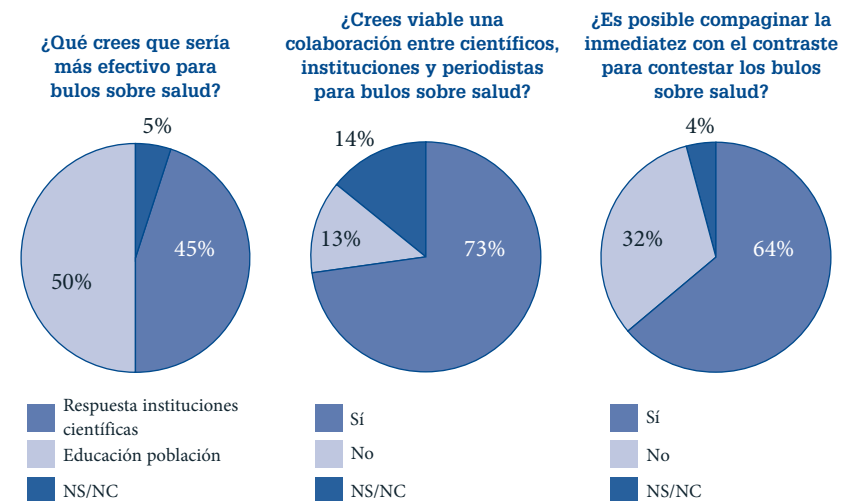
La función del periodista y del comunicador es informar. Una información basada en el contraste de fuentes y en la que la evidencia científica es fuente principal de verdad. Dar cobertura informativa a los bulos puede ser una manera de contribuir a su difusión. Para otros, la equidistancia informativa es necesaria.

Esta función básica de información puede requerir también funciones de divulgación y educación de la población. Estas funciones son más importantes para los comunicadores de instituciones sanitarias o asociaciones de pacientes. La credibilidad y seriedad de las fuentes de información en materia de salud es una condición necesaria para frenar los bulos y para generar puntos de información de referencia para la población y los medios de comunicación generalistas.

Los pacientes, antibulos

Los pacientes también están preocupados por los bulos de salud. En el informe EHON concluyeron que no se podía evitar la creación de bulos pero sí frenarlos con mejor comunicación entre médicos y pacientes, fomentando la participación de los profesionales sanitarios, con educación en salud a los pacientes y alentando el sentido crítico entre la ciudadanía.

Votaciones



Notas

1. https://www.internautas.org/graficos/PPT_IIIEstudioBulosyFraudes13sept.pdf.
2. https://elpais.com/politica/2018/05/17/actualidad/1526571491_535772.html.
3. https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/article-abstract/2676070?utm_source=twitter&utm_medium=social_jamapedis&utm_term=1532459386&utm_content=followers-article_engagement-figure&utm_campaign=article_alert&linkId=51705901.
4. [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0264-410X\(18\)30660-1](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0264-410X(18)30660-1).
5. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/1403494818760139>.
6. <http://laesalud.com/ehon/informe/salud-digital/>.
7. <http://laesalud.com/congreso/>.
8. <http://laesalud.com/ehon/informe/salud-sin-bulos/>.
9. <https://www.doctoralia.es/>.

Dr. de Primaria frente a Dr. Google

Uno de los objetivos precisamente de #SaludsinBulos es educar a pacientes y profesionales sanitarios. Así, conscientes de la importancia de informar a la población sobre cómo buscar información fiable, la SEMG quiso dar protagonismo en su XXV Congreso Nacional de Medicina General y de Familia a la iniciativa #SaludsinBulos, incluyendo un taller dedicado a la formación de médicos de Atención Primaria en cómo orientar a los pacientes en internet y redes sociales, titulado «Dr. de Primaria frente a Dr. Google».

Los creadores de bulos se basan en la mentira con apariencia científica para generar dudas en la población sobre la eficacia y seguridad de terapias contrastadas y utilizan las posibilidades de anonimato y viralización que ofrecen las redes sociales. Por eso tenemos que combatirlos con información, en las consultas, y a través de sus mismas armas, las redes.

**Publicidad e imagen
corporal**

La influencia de la publicidad en la construcción de la imagen corporal

Mònika Jiménez-Morales

*Centro de Estudios Observatorio Mediacorp,
Universitat Pompeu Fabra*

La imagen corporal es la representación mental que tenemos de nuestro aspecto físico. En la mayoría de las ocasiones, en realidad poco tiene que ver con nuestra verdadera fisonomía, ya que está estrechamente vinculada a los sentimientos y a las emociones que experimenta la persona respecto a cómo percibe su físico, y a cómo se siente con su cuerpo en el entorno social en el que se desarrolla como individuo.

El proceso de construcción de la imagen corporal se inicia a edades muy tempranas. Los niños empiezan a ser conscientes de ese «yo» percibido a partir de los cinco años, aproximadamente. La familia —destaca especialmente la figura materna— y el entorno sociocultural en el que se desarrolla tiene un papel relevante en la manera en que se crea y se desarrolla la autoimagen.

Cuando se habla de entorno sociocultural, más allá de la escuela y de los vínculos y las relaciones que allí se crean, se alude sobre todo al papel de los medios de comunicación y al de la publicidad, esencialmente. El discurso diseminado por ambos, en diferente medida, es el elemento que suele ejercer mayor influencia en ese proceso de construcción de la imagen corporal iniciado en los primeros años de la infancia.

Diversos estudios señalan que casi un 50% de los niños entre 5 y 12 años se sienten insatisfechos con su aspecto físico. Esa baja valoración de la imagen corporal en niños y adolescentes se asocia a implicaciones graves tanto en su salud física como en la psicológica (Bird et al., 2013). Las evidencias científicas constatan que la insatisfacción afecta a ambos géneros, pero el tipo de distorsión difiere en función del género. Normalmente, las chicas desean un cuerpo más delgado; mientras que los chicos desean un físico más musculado con un mínimo de grasa corporal.

En los últimos años, se ha desarrollado una importante línea de investigación sobre el poder de los medios en la creación de patrones físicos «ideales». La mayoría de estudios se han concentrado en la apariencia de los personajes, concluyendo que los medios gráficos, audiovisuales y electrónicos enfatizan lo que se ha venido a llamar el «estándar delgado» o el «delgado ideal» (Carriello MV, Jiménez-Morales M, Sánchez M, 2011).

La exposición a imágenes mediáticas sobre individuos idealmente delgados y musculados está comúnmente asociada a la preocupación por la imagen corporal. Es decir, los medios promulgan el mensaje de que es bueno estar delgado; es más, el hecho de serlo se asocia con una variedad de rasgos positivos tales como la popularidad, el aprecio social, la actividad física, la inteligencia, etcétera (Malkin, Wornian y Chrisler, 1999; Nemeroff, Stein, Diehl y Smilack, 1994; Spitzer, Henderson y Zivian, 1999; Grabe et al., 2008; Levine y Murnen, 2009).

De hecho, los medios masivos son una de las muchas influencias socioculturales que normativizan el prejuicio de grueso como «horrible y feo», y de engordar como símbolo de la gula, la avaricia, la pereza e incluso la soberbia. Ante tales resultados, buena parte de las investigaciones sobre factores desencadenantes de los trastornos en la imagen corporal señalan a los medios de comunicación en general (y la ficción seriada infantil, la publicidad o los videojuegos en particular) como generadores de estereotipos físicos que inciden de forma importante, por ejemplo, en la aparición de desórdenes alimentarios (Botta, 1999; Harrison y Cantor, 1997; Myers y Biocca, 1992; Stice et al., 1994; Hamilton y Waller, 1993; Irving, 1990).

Los niños habitualmente consumen medios de comunicación dirigidos a un público adulto y, de esa manera, acaban consumiendo también una publicidad dirigida a un colectivo de edad lejano a la propia. Ese discurso publicitario suele estar saturado de cuerpos irreales que destacan la delgadez como imperativo de vida y como símbolo del éxito.

De esa manera, cabe afirmar que la mayoría de la población adulta ha iniciado el proceso de construcción de su imagen corporal a partir de un ideal de belleza imposible y que este hecho tiene una enorme incidencia en su autoconcepto. Esta premisa genera a lo largo de su vida una distorsión entre el

«yo» físico real y el «yo» percibido, cosa que se traduce en una insatisfacción permanente que puede derivar en trastornos asociados con la imagen y la alimentación, entre otros.

La salud como argumento de venta en productos relacionados con la estética corporal

En el marco del proyecto «Representación mediática de la imagen corporal (no) saludable. Desarrollo de una herramienta de prevención en niños y niñas de 5 a 8 años. “¡Mi cuerpo me gusta!” (Mediacorp)», desarrollado por el Observatorio Mediacorp de la Universitat Pompeu Fabra y financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad entre los años 2015 y 2017, se llevó a cabo un análisis de contenido de los anuncios más vistos por el colectivo infantil de la edad señalada.

El estudio analizó 157 anuncios en los que aparecían un total de 427 personajes. De ellos, 234 eran hombres y 175 mujeres. El 88% de los personajes analizados tenían la piel blanca, el 80% el pelo castaño y un 72% de ellos presentaba un cuerpo esbelto. Un hecho también destacable es que el 60% de los personajes aparecía solo, un 85% se mostraba realizando actividades físicas y que el 95% de las personas que aparecían en el discurso publicitario más visto por los niños y niñas españoles durante el año 2015 aparecía en actitud feliz. Así pues, la conclusión es clara: los anuncios televisivos nos explican que la felicidad es, en buena parte, el fruto de un cuerpo delgado, con unos determinados atributos físicos y de una imparable actividad.

En la publicidad, por lo tanto, no hay lugar para la diversidad; no hay otras representaciones del cuerpo. La ausencia de modelos corporales abunda en el discurso publicitario, a imagen y semejanza del panorama existente en los medios de comunicación.

Lo cierto es que la presencia de modelos corporales alejados de la realidad como reclamo para la venta, no es del todo baladí: a mayor distancia de nuestra imagen corporal respecto al ideal de belleza publicitario, mayor es nuestro

consumo de productos relacionados con la estética. En ese sentido, cabe señalar también que, habitualmente, se utiliza la salud como argumento de venta cuando en realidad, los productos anunciados contribuyen supuestamente a mejorar nuestra estética.

La población española recibe de promedio unos 3.000 impactos publicitarios al día y la mitad de ellos proceden del medio televisivo. De esa cantidad, solo un 2% se refieren estrictamente a la salud; la mayoría de los anuncios que, por defecto, suelen incluirse en esa categoría, están vinculados de una u otra manera a la estética y tienen, por lo tanto, una clara incidencia en la imagen corporal.

En ese discurso publicitario los datos pseudo científicos se mezclan arbitrariamente con las evidencias fruto de investigaciones rigurosas, con el objetivo de promover la compra del producto anunciado. De la misma manera, la estética de la extrema delgadez aparece como un imperativo prioritario en temas de salud, mientras que, personajes famosos suplantando la figura del médico como prescriptor del producto o del servicio anunciado. De esa manera, deportistas, modelos, cocineros o blogueras, entre otros, ponen su fama al servicio de las ventas, describiendo sus virtudes en un formato discursivo disfrazado de salud.

Construir una mirada crítica

Tal como señalábamos al principio, dada la precocidad con la que los niños adoptan actitudes habitualmente negativas en relación a la propia imagen corporal, las consecuencias que tales comportamientos pueden tener en su salud y la influencia que los medios de comunicación y en especial la publicidad, tienen en la interiorización de ciertas ideas (Jiménez-Morales, 2012), resulta fundamental trabajar en el desarrollo de una mirada crítica hacia el discurso publicitario y, especialmente, hacia su relación con la construcción de la imagen corporal durante la infancia.

En ese sentido, el proyecto Mediacorp, mencionado en líneas anteriores, tiene como objetivo diseñar e implementar herramientas de educación mediá-

tica dirigidas, en primera instancia, a profesores, a alumnos de primaria y a familias, pero también a centros de prevención de trastornos de la imagen corporal. Su finalidad es la de incidir positivamente en la interpretación crítica, por parte de los niños y de las personas que configuran su entorno más próximo, de los patrones de imagen corporal representados por la publicidad audiovisual.

La iniciativa se basa en un formato de investigación-acción, es decir, más allá de recoger datos vinculados al objeto de estudio, el proyecto pretende poner los resultados de la investigación científica al servicio de la sociedad y del sistema educativo. El proyecto tiene como meta trabajar en la educación publicitaria como herramienta de prevención de futuros trastornos de la imagen corporal.

Así pues, mediante una estrategia de investigación metodológica híbrida, Mediacorp ha realizado, en primer lugar, un análisis de contenido cuantitativo y cualitativo de los mensajes publicitarios audiovisuales más vistos por el colectivo infantil. Con ello se pretendía identificar los rasgos formales que configuran los patrones de imagen corporal presentes en los anuncios televisivos. Por otra parte, se ha llevado a cabo un estudio de los hábitos de consumo mediático y publicitario de 900 niños de los diferentes cursos de primaria en colegios de tres ciudades españolas (Barcelona, Madrid y Sevilla). Para dicho análisis se ha diseñado un cuestionario específico en el que también se evaluaba la relación del colectivo infantil con su autoimagen.

Una vez recogidos esos datos, se han realizado diferentes grupos de discusión y entrevistas en profundidad con niños, padres y profesores, para evaluar la influencia de la publicidad en la construcción de la imagen corporal infantil.

En cuanto a la acción planteada como parte de la investigación, el proyecto se centra en la creación de una plataforma con materiales diversos dirigidos a niños de edades diferentes para crear y dar solidez a una mirada crítica (Advertising Literacy) en el proceso de construcción de la imagen corporal.

De esa manera, la plataforma denominada «¡Mi cuerpo me gusta!», reúne anuncios en diferentes formatos, guías de trabajo e iniciativas de educación mediática desarrolladas por diversos colectivos que tienen como objetivo tra-

bajar el discurso publicitario de forma constructiva para la prevención de patologías vinculadas a la imagen.

Por otra parte, también desde la voluntad del servicio social, durante los últimos cuatro años, los investigadores del proyecto Mediacorp han llevado a cabo diferentes intervenciones en escuelas y en familias. La herramienta utilizada ha sido la impartición de talleres de diverso formato dirigidos a alumnos, profesores y familias, con el objetivo de facilitarles los recursos necesarios para enfrentarse a los estereotipos físicos creados y difundidos por la publicidad desde un punto de vista crítico.

Durante ese mismo período, y con la voluntad social ya señalada, Mediacorp ha mantenido contactos con diversos agentes vinculados al tratamiento y la prevención de los trastornos de la imagen, con agencias de publicidad interesadas en comunicar el mensaje de sus clientes de una manera rigurosa y que, especialmente, no resulte nociva en relación a la imagen corporal del consumidor y con empresas anunciantes preocupadas por el impacto que el discurso publicitario utilizado puede generar en los colectivos más vulnerables.

Conclusiones

El proceso de construcción de la imagen corporal se inicia en los primeros años de nuestras vidas y el discurso publicitario, entre otros factores, tiene una gran incidencia en los valores a partir de los cuales iniciamos ese proceso. En cualquier caso, el estereotipo físico presente en los anuncios consumidos por niños y adultos es el de la delgadez, en ocasiones extrema; un imperativo que demasiado a menudo se disfraza bajo el discurso de la salud.

Teniendo en cuenta que los niños inician la construcción de su imagen corporal a partir de los parámetros físicos irreales y, sobre todo, no saludables, diseminados por el discurso mediático y, especialmente por la publicidad, la educación preventiva de la autoimagen corporal en niños y niñas de edades tempranas debería ser un compromiso ineludible para una sociedad que, además de aspirar a dar a sus ciudadanos competencias mediáticas mínimas, tendría que asumir la necesidad de formar una mirada críticamente activa ante la distorsión del discurso publicitario.

Bibliografía

- Bird EL, Halliwell E, Diedrichs PhC, Harcourt D. Happy Being Me in the UK: A controlled evaluation of a school-based body image intervention with preadolescent children. *Body Image*. 2013; 10(3), 326-334.
- Botta R. Television images and adolescent girls, body image disturbance. *Journal of Communication*. 1999; 49, 22-41.
- Carrillo MV, Jiménez-Morales M, Sánchez M. Medios de comunicación y culto al cuerpo. Méjico: Pearson; 2013.
- Carrillo MV, Jiménez-Morales M, Sánchez M. Factores socioculturales y personales relacionados con el mensaje mediático del culto al cuerpo influyentes en el bienestar de los jóvenes. *Comunicación y sociedad*. 2011; 200-227.
- Grabe S, Ward LM, Hyde JS. The role of the media in Body Image concerns among women. A metaanalysis of experimental and correlational studies. *Psychological Bulletin*. 2008; 134(3), 460-476.
- Hamilton K y Waller G. Media influences on body size estimation in anorexia and bulimia. An experimental study. *Br J Psychiatry*. 1993; 162: 837-40.
- Harrison K y Cantor J. The relationship between media consumption and eating disorders. *Journal of Communication*. 1997; 47, 1, 40-67.
- Irving L, Dupen J, Beren S. A media literacy program for high school females. *Eating Disorders*. 1998; 6(2), 119-131.
- Jiménez-Morales M. La prevención de los trastornos del comportamiento alimentario en los medios de comunicación. Instituto Tomás Pascual Eds; 2012, 75-87.
- Levine MP, Murnen SK. Everybody knows that mass media are/are not [pick one] a cause of eating disorders. A critical review of evidence for a causal link between media, negative body image and disordered eating in females. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2009; 28, 9-2.
- Malkin AR, Wornian K y Chrisler JC. Women and weight: Gendered messages on magazines covers. *Sex Roles*. 1999; 40, 647-655.
- Myers P, Biocca M. The elastic body image: The effect of Television advertising and programming on body image distortion in young women. *Journal of Communication*. 1992; 42(3), 103-133.
- Nemeroff CJ, Stein RI, Diehl NS y Smilack KM. From the Cleavers to the Clintons: role choices and body orientation as reflected in magazine article content. *Journal of Eating Disorders*. 1994; 16(2): 167-76.
- Spitzer B, Henderson K y Zivian M. A comparison of population and media body sizes for American and Canadian Women. 1999; *Sex Roles*, 700(7/8): 545-565.
- Stice E, Schupak-Neuberg E, Shaw HE y Stein RI. Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: An examination of mediating mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology*. 1994; 103, 836-840.
- <https://www.micuerpomegusta.com> (Consulta: 01/07/2018).

Ética y estética

Begoña Román

*Profesora de Ética de la Facultad de Filosofía
de la Universitat de Barcelona*

1. Tras la ética y la estética de la publicidad

El ambiente en el que vivimos condiciona nuestro comportamiento el cual, a su vez, configura nuestra manera de ser. Con la palabra «ética» los antiguos filósofos griegos aludían a la forja de nuestra manera de ser, nuestro carácter (*ethos*), nuestra identidad; y con «estética» se referían a la sensibilidad y, en consecuencia, al gusto. La imbricación entre ética y estética es total. Cuando decimos del gesto de alguien que es feo, no solo nos referimos a cómo nos hace sentir, sino que vamos más allá emitiendo un juicio moral: decimos que es feo, de mal gusto, porque es moralmente reprochable. De la misma manera, cuando decimos que alguien es una bella persona no solo aludimos a su imagen, sobre todo hablamos de su ser, de su autenticidad, de su verdad, de su pulcritud, de su integridad.

Ética y estética son pues indisociables como lo son dos de sus elementos constitutivos, a saber, la intimidad y la imagen. Para la primera necesitamos acotar un espacio privado que permita la relación y el diálogo con uno mismo. Para la segunda, como vivimos expuestos a los demás, necesitamos ofrecer una imagen por y con la que ser aceptados. De ese modo la sensibilidad, cómo nos afecta y cómo afectamos a los demás y los juicios morales juegan un papel crucial. Todo ello además pasa por la ineludible medicación del cuerpo, un cuerpo que siente y se expresa, vulnerable y simbólico.

La nuestra es una cultura de publicidad, en ella se marcan y delimitan los estereotipos de lo que es bueno, bello, saludable, estimado y aceptado; lo otro queda al margen, fuera, excluido y casi vilipendiado. La publicidad, como toda cultura, penetra cotidiana, subrepticia e inconscientemente condicionando sobremanera las decisiones que tomamos sobre nosotros, nuestra

manera de vivir, de sentir, de presentarnos en público, o de avergonzarnos o humillarnos si no encajamos en los estándares. La publicidad construye y presenta cuerpos rayanos a la perfección (Sandel, 2013), de modo que nadie está a la altura. Y se trata de eso, de convencer, persuadiendo, de esforzarse por consumir, por comprar, por disciplinarse a los cánones del mercado para estar mejor, sentirse mejor y también «más saludables».

En esta relación de ética y estética, de intimidad e imagen pública, el fenómeno de la publicidad, con su ideología y su propaganda, forma un tipo de cultura que, sin precaución y medidas preventivas, puede dañar de muchas maneras. Y es que, cuando seccionamos ética y estética, salud y bienestar, bienestar y justicia, intimidad y publicidad, las quiebras son mayores de lo que creemos. Esas escisiones generan quiebras personales, roturas y traumas que entorpecen la posibilidad de una vida buena y bonita conforme a los criterios autónomos que uno haya escogido.

Veamos algunos de esos problemas éticos y estéticos. Para empezar, el esfuerzo inmenso que supone ser conscientes de todos los *inputs* publicitarios que recibimos a lo largo del día convierten casi en misión imposible el no sucumbir a alguno de sus estereotipos. El problema es la sutil expropiación del gusto y criterio personales. Otro problema es la explícita disciplina de consumo y hábitos a los que nos impele esa publicidad de cuerpos sanos, esbeltos, perfectos que nadie tiene y todos perseguimos; devenimos así lacayos de un ideal que ni siquiera es propio, forjado por uno mismo. Y en todo ello, ahí radica parte del éxito, como fruto de una elección personal: se trata prácticamente de una servidumbre voluntaria. Cabe añadir el problema de la homogeneización (parece ser que en la variedad no está el gusto), y el del atentado de determinada publicidad contra la salud y la vida buena, que son, respectivamente, un equilibrio y un proceso de búsqueda personal y autónomo.

Mención aparte merece la desconfianza que se crea ante una institución, como la ciencia, digna de custodiar por las liberaciones de ignorancia y de sumisiones (eso es el progreso) que nos ha reportado. Y es que hasta la ciencia misma, tentada por las inversiones potentes, ha sucumbido, por ejemplo, al combate contra el envejecimiento (cosmética, fármacos y cirugías) e incluso, como los transhumanistas auspiciados por Silicon Valley, a la pretensión

de dar muerte a la muerte. Fruto de todo ello se ofertan productos e ideologías con desconocidas consecuencias físicas, psíquicas, laborales, medioambientales, económicas, etcétera, pero, una vez más, como siempre, con ingenios divididos a los promotores.

Pensemos, por ejemplo, en las cuestiones relativas al sexo y al género. La cultura y la publicidad generan y expanden los problemas y las disputas de género (Butler, 1990). Pensemos en los cuerpos que importan pero que, al no encajar en el sistema binario (masculino-femenino; hombre-mujer; heterosexual-homosexual), esencializado y naturalizado, han sido y son sistemáticamente repudiados o tratados como problemáticos. Cuando somos capaces de despatologizarlos, dejando de tratarlos y verlos como enfermos o desviados, seguimos, sin embargo, hormonando y suministrando fármacos y cirugías varias.

Más allá de modelos clínicos rehabilitadores, también debemos deconstruir los modelos sociales y hermenéuticos que subyacen. Bajo estas cuestiones estéticas, de sentirse y verse bien, debería explicitarse la ética que lo motiva. Y lo que de verdad importa es la acogida de las personas en su integridad (como totalidad intacta de cuerpo y mente), bajo el paraguas inclusivo y protector que no nos abandona a nuestra suerte sino que permite una vida de cuidados dada nuestra inherente precariedad y dignidad.

2. Responsabilidad, cuidado y reconocimiento: lo que de verdad importa

La cultura de la publicidad en la que nosotros vivimos no es de culto al cuerpo y ni siquiera es tan hedonista, pues un placer impuesto ni es ni bueno ni es placer, que es la satisfacción del deseo. Cuando el deseo no es de uno, apropiado, sino que obedece a la creación de los deseos rentables y socialmente fomentados, el individuo se somete a disciplinas con sus respectivos cánones de belleza y moral (que ni siempre son naturales ni tampoco lo natural es siempre bueno). No es verdad pues que la nuestra sea una generación de culto al cuerpo. La noción que tenemos de este está totalmente imbuida de

una antropología dualista (con los problemas que la comunicación entre alma y carne supone, con la consiguiente sumisión del cuerpo, objetivado y convertido en propiedad, a los dictados de lo otro que ni siquiera es la propia razón ni las razones de cada uno); pero también de una determinada ética y, por supuesto, de una política que se convierte en biopolítica.

Responsabilizarse de algo o alguien consiste en aceptar su fragilidad, su vulnerabilidad. Nos responsabilizamos de lo perezoso *qua* perezoso (Jonas, 1995). La autoconfianza, el autorespeto y la autoestima, valores fundamentales para el desarrollo saludable de las personas y de su personalidad dependen del reconocimiento de los otros, de que nos acojan incondicionalmente (Honneth, 1997). Vulnerabilidad e interdependencia nos constituyen como humanos y condicionan las categorías desde las que nos autocomprendemos y desde donde proyectamos la vida buena y la buena vida.

La salud, como ya hemos dicho, consiste en un precario equilibrio que requiere no solo anatomía o patología, sino también apropiarse del proyecto de vida que uno quiere vivir y el modo como quiere vivirla. Como todo el mundo la desea tener y es un gran reclamo publicitario, es muy fácil jugar con la salud de las personas. Cuando la imagen pasa por encima de la salud; cuando se olvida el equilibrio entre las varias dimensiones que la componen (bio, psico, social y espiritual) y lo *bio* lo inunda todo (parece que el prefijo bio, como el adjetivo nuevo, son de por sí atrayentes de la atención del público), la vida se empobrece, se homogeniza y, en nombre de alargarla a toda costa, le quitamos lo que le es consustancial: la singularidad, el transcurrir, la narración. Con frecuencia con la vida se quiere congelar la imagen, detener el tiempo. Como si envejecer fuera un tema solo físico, como si la edad no fuera también por dentro, entre el cúmulo de sorpresas y la falta de ganas ante lo mismo. La vida se parece más a una película que a una fotografía; y no las queremos todas iguales, de serie B. La estética tiene que ver con lo que nos afecta: también los gustos cambian con nosotros, lo que nos sienta bien y lo que no.

Lo que también es fundamental y no cambia tanto es que siempre necesitamos de la aceptación social: nuestra autonomía crece en entornos de reconocimiento y acogida de los otros. Tan importante como gustarnos a nosotros

misimos es gustar a los demás, sobre todo a los demás que nos importan: ambas vertientes se retroalimentan. Por eso mismo la ética, que versa sobre la forja del carácter (*ethos*), no es separable de la estética: nos ha de gustar lo que somos y como estamos, pero como condición de ello cabe ser uno para sentirse bien entre otros y para saber quién quiere más o menos ser.

En definitiva, asumir la interrelación entre ética y estética a partir de la influencia de la publicidad en la imagen corporal, comporta una responsabilidad, un hacerse cargo de que el humano es un ser enigmático, incluso el propio cuerpo lo es para uno mismo. En ocasiones, los humanos tenemos «pulsiones de muerte», tendencias que nos llevan, en una dejadez del cuidado, a la autodestrucción; y otras veces nos vamos hasta el extremo de «la tiranía de la salud», en un exceso de sacrificios y abstenciones de todo lo que nos gusta. Forjarse un criterio propio, autónomo, que evolucione con la propia biografía, requiere tiempo y conciencia de los cambios que vivimos y sufrimos en ese transcurso.

En ese proceso temporal y narrativo que es nuestra vida encarnada, es fundamental tener pensamiento crítico y compromiso ético con los valores (sobre todo libertad y coherencia personal) por los cuales nos queremos caracterizar. Esto es especialmente importante en la era de la publicidad y la propaganda. Por eso es exigible la responsabilidad por parte de los actores involucrados (gobiernos, organizaciones, instituciones científicas, ciudadanos, etcétera) de que no se juegue con la salud e imagen de la gente. No se trata de defender paternalismos fuertes del Estado, pero sí cierta responsabilidad; al menos para que los ciudadanos sean conscientes de las decisiones que toman cuando siempre están influenciados por la publicidad (la buena y la mala). No engañar, no dañar y advertir son deberes que limitan el tipo de publicidad que se puede consentir. Pero tampoco se pueden respetar sin más las decisiones personales, máxime si estas comportan gasto público.

Hoy ya sabemos, a ciencia cierta, que determinados hábitos cotidianos son perjudiciales para la salud personal y malos para el mantenimiento del sistema sanitario público que intenta esquivar la lotería biológica y social con correctivos de justicia. Sin embargo, cabe tener en cuenta que no todas las personas están en condiciones de igualdad para llevar a cabo ese pensamien-

to crítico y el compromiso ético. La cultura del esfuerzo es cultura y, como tal, también se educa. No todas están en igualdad de condiciones para acceder al conocimiento, discernir entre publicidad engañosa y evidencias científicas, no ponerse en peligro ni ser, nunca mejor dicho, carne de cañón de una publicidad que juega con la salud, la imagen y los proyectos de vida. Es prudente, por tanto, no condenar ni sancionar a las personas por sus malos hábitos, o por su falta de autocuidado: ni siempre se es consciente de ello, ni siempre es elegido. La política de sancionar a lo autodestructivo es el colmo de la crueldad por creer que están en igualdad de condiciones y que si son autodestructivos es porque así lo han querido.

Precisamente responder del vulnerable significa darle educación ética y estética para quererse lo suficiente, para asumir riesgos propios de la vida, del tipo de vida que uno quiere, placer y proyectos personales incluidos. Aprender a cuidarse pasa por ser cuidado y cuidar. Marginal por no tener los cuerpos ideales es una forma de maltrato, como lo es engañar sobre el respeto a formas autodestructivas o injustas con el prójimo. Como vemos la cosa es compleja: porque la vida es un proyecto que se vive subjetivamente; porque cambia a lo largo de la vida; y porque no basta con que sea satisfactorio solo para uno sino que debe ser justo para todos los afectados y responsable de los impactos que produce.

Bibliografía

- Butler J. El género en disputa. Barcelona: Paidós; 1990.
- Honneth A. La lucha por el reconocimiento. Barcelona: Crítica; 1997.
- Jonas H. El principio de responsabilidad, Barcelona, Herder; 1995.
- Sandel M. Contra la perfección, Barcelona, Marbot; 2013.

Relación de autores

- Núria Amarilla, socia directora de Eupharlaw. Codirectora del Máster en Derecho de la Salud CESIF-EUPHARLAW.
- Patrici Calvo, profesor de Bioética, Universitat Jaume I. Miembro del Comité de Bioética Asistencial del Hospital General Universitario de Castellón.
- M^a del Rosario Fernando, subdirectora general de Autocontrol.
- Carlos Gonzalo, profesor de SEO y *Marketing* Computacional, Universitat Pompeu Fabra.
- Carlos Mateos, coordinador de #SaludsinBulos y director de COM Salud.
- Jorge Pérez, Grup de Recerca Educativa en Ciències de la Salut (GRECS), Universitat Pompeu Fabra.
- Gema Revuelta, directora del Centro de Estudios de Ciencia, Comunicación y Sociedad, Universitat Pompeu Fabra.
- Mònika Jiménez-Morales, Centro de Estudios Observatorio Mediacorp, Universitat Pompeu Fabra.
- Begoña Román, profesora de Ética de la Facultad de Filosofía de la Universitat de Barcelona. Presidenta del Comité de Ética de Servicios Sociales de Cataluña.

Títulos publicados

Cuadernos de Bioética

48. *Prioridades y políticas sanitarias*
47. *Ética y donación de plasma: una mirada global*
46. *Comités de Ética y consultores clínicos: ¿complemento o alternativa en la ética asistencial?*
45. *CRISPR... ¿debemos poner límites a la edición genética?*
44. *Crisis y salud mental en niños y jóvenes: ¿causa o consecuencia?*
43. *¿Debemos revisar el concepto de muerte?*
42. *Iatrogenia y medicina defensiva*
41. *Eutanasia y suicidio asistido*
40. *Ethical aspects of research with children*
39. *Discapacidad, nuevos enfoques y retos éticos a la luz de la Convención de la ONU*
38. *Ética, salud y dispendio del conocimiento*
37. *Determinantes personales y colectivos de los problemas de la salud*
36. *Ética y altruismo*
35. *Treinta años de técnicas de reproducción asistida*
34. *Ética de la comunicación corporativa e institucional en el sector de la salud*
33. *Alcance y límites de la solidaridad en tiempos de crisis*
32. *Ética y salud pública en tiempos de crisis*
31. *Transparencia en el sistema sanitario público*
30. *La ética del cuidado*
29. *Casos prácticos de ética y salud pública*
28. *La ética en las instituciones sanitarias: entre la lógica asistencial y la lógica gerencial*
27. *Ética y salud pública*
26. *Las tres edades de la medicina y la relación médico-paciente*
25. *La ética, esencia de la comunicación científica y médica*
24. *Maleficencia en los programas de prevención*
23. *Ética e investigación clínica*
22. *Consentimiento por representación*
21. *La ética en los servicios de atención a las personas con discapacidad intelectual severa*
20. *Retos éticos de la e-salud*
19. *La persona como sujeto de la medicina*
18. *Listas de espera: ¿lo podemos hacer mejor?*
17. *El bien individual y el bien común en bioética*
16. *Autonomía y dependencia en la vejez*
15. *Consentimiento informado y diversidad cultural*
14. *Aproximación al problema de la competencia del enfermo*
13. *La información sanitaria y la participación activa de los usuarios*
12. *La gestión del cuidado en enfermería*
11. *Los fines de la medicina*
10. *Corresponsabilidad empresarial en el desarrollo sostenible*
9. *Ética y sedación al final de la vida*
8. *Uso racional de los medicamentos. Aspectos éticos*
7. *La gestión de los errores médicos*
6. *Ética de la comunicación médica*
5. *Problemas prácticos del consentimiento informado*
4. *Medicina predictiva y discriminación*
3. *Industria farmacéutica y progreso médico*
2. *Estándares éticos y científicos en la investigación*
1. *Libertad y salud*

Informes de la Fundació

6. *La interacción público-privado en sanidad*
5. *Ética y biología sintética: cuatro corrientes, tres informes*
4. *Las prestaciones privadas en las organizaciones sanitarias públicas*
3. *Clonación terapéutica: perspectivas científicas, legales y éticas*
2. *Un marco de referencia ético entre empresa y centro de investigación*
1. *Percepción social de la biotecnología*

Interrogantes éticos

3. *La subrogación uterina: análisis de la situación actual*
2. *Afectividad y sexualidad. ¿Son educables?*
1. *¿Qué hacer con los agresores sexuales reincidentes?*

Para más información: www.fundaciongrifols.org

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS