

El juego de la comunicación en salud en México

Luis Antonio Reyna Martínez



UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO
DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

EL JUEGO DE LA COMUNICACIÓN EN SALUD EN MÉXICO

Luis Antonio Reyna Martínez



UNIVERSIDAD DE QUINTANA ROO
DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD

Reyna Martínez, Luis Antonio
El juego de la comunicación en salud en México
[recurso electrónico] / Luis Antonio Reyna Martínez

Datos electrónicos
Chetumal, Quintana Roo: Universidad de Quintana Roo, 2018
(1 archivo 917 KB)

ISBN 978-607-9448-50-9
Libro electrónico en formato PDF
Forma de acceso: Internet

1. Salud pública - México. 2. Comunicación - Salud pública - México, 3. Obesidad - México, 4. Diabetes - México

Primera edición: junio de 2018

D.R. © Luis Antonio Reyna Martínez

D.R. © Universidad de Quintana Roo
Boulevard Bahía s/n esq. Ignacio Comonfort
Col. Del Bosque, 77019
Chetumal, Quintana Roo
www.uqroo.mx

ISBN: 978-607-9448-50-9

Coordinación y asesoría editorial
Gerardo Kloss Fernández del Castillo
Corrección de estilo
Armando Camacho Gálvez
Diseño y diagramación
Carlos Helí Laguna Bolaños
Portada
Zitlaltlanezi Maldonado Lozano

Se prohíbe la reproducción total o parcial, por cualquier medio,
sin la autorización expresa por escrito del autor de la obra reproducida.

Hecho en México / Made in Mexico

Índice

Introducción.....	9
Punto de partida.....	13
1. Conceptos básicos	17
Salud pública	17
Promoción de la salud	20
Comunicación en salud	23
Fenómeno comunicativo	26
Fenómeno persuasivo	29
2. Obesidad como problema de salud pública.....	41
Obesidad e imagen histórica	41
Rol de la publicidad en la obesidad.....	46
Rol del sistema institucional en la obesidad	50
3. Reglas del juego	55
Secretaría de Salud.....	55
Las reglas	56
Constitución Política	57
Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018 (PND)	59
Programa Sectorial de Salud 2013-2018.....	59
Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes	62
Política de comunicación y publicidad.....	63
Comunicación educativa.....	65
Mercadotecnia social.....	71
Elementos básicos que determinan la mercadotecnia social	75

4. El Juego	79
Perfil de los involucrados	82
Factor económico-administrativo.....	84
Falta de aplicación de metodologías participativas y la mercadotecnia social	87
Políticas de control de la imagen institucional	90
5. Reflexiones finales	95

Agradecimientos

Al personal de la Secretaría de Salud, del Instituto Nacional de Salud Pública y de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos, por su apertura para la realización de esta investigación.

A mi esposa y perrhijos por ser mi soporte en esta loca aventura de ser un nómada salubrista y artista.

A mis padres por... todo.

A mi familia elegida, por ser parte de tantas tertulias llenas de música, reflexiones, cubilete, ciencia, cervezas y carnes asadas.

A ti, que estás por ser parte de esta historia con tu lectura.

Introducción

Hace ya algunos años, mientras realizaba mis estudios de posgrado en salud pública, fui al cine y sucedió algo que cambió el rumbo de mi carrera en el área de la salud. Cargado de palomitas de maíz con mantequilla, esperaba ansioso la película. Pero, como es común, antes de la función principal transmitieron una lluvia de *spots* comerciales, intercalados con los avances de las próximas películas que iban a estrenarse.

En medio de esos *spots* se transmitió uno muy creativo de Coca-Cola® -debo decir que soy gran admirador de estos anuncios ya que generalmente me motivan de forma positiva- y justo después apareció uno de la Secretaría de Salud en donde un grupo de gente aparentaba estar feliz por el hecho de estar haciendo ejercicio en un parque y por comer frutas. No sé si fue parte de una errónea estrategia publicitaria colocar el *spot* de la Secretaría de Salud inmediatamente después que el del refresco, o fue una casualidad, o si yo jamás había puesto atención a ese detalle, o cualquier otra circunstancia, pero me hizo preguntarme ¿por qué los *spots* de la Secretaría de Salud son... ineficaces?

Debo limitarme al término *eficacia*, es decir, a la capacidad de lograr el efecto que se desea y no al hecho de si me gustan o no, o de si son buenos o malos, pues entonces nunca acabaría mi relato. Es decir, la claridad de los *spots* comerciales era evidente: unos intentaban venderme un perfume, otros incitarme a visitar una playa y el de Coca-Cola® a consumir su producto; aunque en general ninguno de ellos mencionaba directamente lo que pretendían que yo hiciera. En estos, el mensaje estaba

muy claro sin importar que fuera implícito, y a pesar de que el de la Secretaría de Salud tenía slogans explícitos mi duda era: ¿qué intentaba *venderme* el *spot* de las personas felices por hacer ejercicio y por comer frutas?

Mi confusión comenzó con la forma y el contenido, ya que, por principio de cuentas, me sentí regañado o como si me estuvieran dando una orden, “haz ejercicio diariamente” y/o “come frutas y verduras”. Mi primera reacción fue de defensa: ¿quién se cree que es la Secretaría de Salud para ordenarme qué es lo que debo o no hacer en mi día a día? o ¿qué debo de comer, qué no, y por qué? Si desde que era pequeño mi abuela y mi mamá me decían que comiera mis verduras e hiciera ejercicio para crecer fuerte y “estar sano”, entonces ¿cuál era la necesidad de ese confuso *spot*?

Aunque, debo aceptar que, al menos, dicho *spot* tuvo un acierto en ese momento, ya que le presté atención y no lo olvidé o simplemente lo ignoré. Sin embargo, el hecho de que le haya puesto atención no necesariamente se tradujo en un impulso para acatar las órdenes o consejos que se indicaban en él. Contrario a lo sucedido con los *spots* comerciales -que en verdad me provocaban hambre si anunciaban alguna hamburguesa o me daban ganas de salir a comprar algún desodorante que despertara deseos sexuales en las mujeres-, el de la Secretaría de Salud no despertó en mí ningunas ganas de salir del cine para ponerme a hacer ejercicio o de cambiar mis palomitas por frutas y verduras.

Después de reflexionar un poco, llegué a la conclusión que el *producto* que intentaba venderme la Secretaría de Salud era una ideología: la obesidad es mala o perjudicial,

porque afecta a tu cuerpo y tu vida social y, por el contrario, el no estar obeso tiene muchos beneficios; para evitar esa situación, debes cambiar de comportamiento, *haciendo ejercicio diariamente y/o comiendo frutas y verduras.*

Esta reflexión parece bastante lógica, sin embargo, si ese *producto-ideología* se percibía de la misma forma por quienes vimos esos *spots*, ¿por qué no acatamos las indicaciones?, y aún más, ¿se necesitan *spots* que nos digan que debemos hacer ejercicio y alimentarnos con frutas y verduras? Es decir, ¿existe en la actualidad alguien que no sepa esto de antemano y deba ver esos videos para tener ese conocimiento?

Para comprobar si mis hipótesis- sobre el *producto-ideología* que promocionaba la Secretaría de Salud en sus *spots* era correcta, pregunté a mis amigos y familiares si habían visto ese *spot* u otros similares, que trataban el tema de la obesidad; además, pregunté qué habían entendido o aquello que les dejaron los anuncios después de verlos. No me sorprendió que muy pocos recordaran siquiera haber visto alguno, no solo en el cine, sino en cualquier otro medio. Cuando les daba pistas de las imágenes y contenidos de los *spots*, se acordaban de ellos pero sin algún detalle, a diferencia de otros, como el de Coca-Cola®, de los que incluso habían memorizado la melodía casi de inmediato. Luego de que recordaran los *spots*, comprobé mi hipótesis sobre la ideología que deseaba vender la Secretaría de Salud: estar obeso es malo porque es estar enfermo y no estar obeso es estar sano -me dijo alguien.

¿Y qué necesita hacer una persona para evitar la obesidad? -pregunté. Las respuestas fueron casi unánimes: hacer ejercicio y comer *saludablemente* -lo que se traduce en evitar ciertos alimentos y procurar otros, como las frutas y verduras-.

Pero, ¿acaso ese conocimiento provino de los *spots* u otras campañas de la Secretaría de Salud? Por supuesto que no. Se trata de un conocimiento empírico adquirido culturalmente desde que somos niños y que se encuentra básicamente en toda la población adulta de México.

¿Entonces para qué sirven esos *spots* y campañas de actividad física y hábitos alimenticios? Sería ilógico que la respuesta fuese “para generar conocimiento en la población”, ya que fácilmente se puede comprobar que este ya existe en gran parte de las personas, como he señalado. Otra razón sería que constituyen una forma de recordatorio y motivación de dichos hábitos.

Si esta última es la premisa correcta, ¿entonces por qué las estructuras narrativas, los contenidos estéticos y los demás elementos que conforman los *spots* “saludables”, difieren tanto de los efectivos *spots* comerciales? ¿Acaso las campañas publicitarias que buscan un cambio social *positivo* o para el *bien de la población* están destinados al fracaso desde el momento de su concepción? ¿Existen formas alternativas para incidir en el comportamiento de la gente en temáticas de salud pública, en especial, para combatir la obesidad? Y a todo esto, ¿por qué a la Secretaría de Salud le interesan los comportamientos de la gente y si vivimos o no con obesidad?

La curiosidad por responder esas preguntas me llevó a desarrollar la presente obra, la cual está destinada a ser un punto de reflexión para todas aquellas personas involucradas en temáticas de salud pública, comunicación y promoción de la salud poblacional.

Luis Antonio Reyna Martínez

Punto de partida

La salud pública o de las poblaciones, la promoción de la salud y la comunicación en salud son disciplinas entrelazadas y que forman parte de un todo, que describiremos a lo largo de la obra. Sin embargo, para comprender mejor nuestro tema de interés, nos enfocaremos en la comunicación en salud.

Roper¹ define la comunicación en salud como “la producción artesanal y difusión de mensajes y estrategias basadas en la investigación del consumidor, para promover la salud de los individuos y las comunidades”. Para muchos investigadores de la salud de las poblaciones, esta disciplina se centra y limita en la creación, reunión y difusión de información, ya que parten del presupuesto de que la información en materia de salud es el recurso más importante para su promoción, debido a que es esencial para guiar comportamientos y decisiones que influyan en la salud.²

En una época -hace ya varias décadas- esta premisa fue bastante acertada, ya que el acceso a la información estaba más limitado en comparación con la época actual, pues había menor cantidad de los medios disponibles. Tenemos el ejemplo del uso del cine en los Estados Unidos de América para informar a la población de lo que sucedía en el campo de batalla durante la Segunda Guerra Mundial; o el uso de transmisiones continuas de

¹ Roper, W. (1993). Health Communication Takes on New Dimensions at CDC. *Public Health Reports*; 108(2): 179-183.

² Kreps, G., Bonaguro, E., & Query, J. (1998). *The history and development of the field of health communication. In Health Communication Research: Guide to Developments and Directions* (pp. 1-5). Connecticut: Greenwood Press.

radio para informar sobre las campañas de vacunación masiva contra la poliomielitis en la década de los 60.

Sin embargo, en la actualidad, si fuese correcto que la información, en su carácter absoluto, es el eje más importante para la comunicación en salud, el solo hecho de informar a la población debería ser suficiente para observar cambios en los comportamientos. Es decir, las campañas en donde nos informan, a través de distintos medios, que hagamos ejercicio y comamos frutas y verduras, serían suficientes para que las personas adoptaran *hábitos saludables* de actividad física y alimentación. Sin embargo, la vida cotidiana evidencia que esto no es así.

Entonces, para comprender mejor el porqué de lo anterior, debemos examinar con detenimiento los conceptos involucrados, desde el concepto *salud* y cuándo una situación o fenómeno determinado se convierte en un problema que afecte o amenace a la salud de las poblaciones, hasta el término *comunicación*, ya que dentro de las instituciones de salud en México se suele confundir con *información*, es decir, se toman como sinónimos *comunicar e informar*.

Ya que nuestra misión es comprender como son las campañas de comunicación en salud en México (representadas con los *spots* de la Secretaría de Salud), y qué intención tienen, es necesario mencionar, de forma simple y quizá inadecuada -ya que el proceso es sumamente complejo- que existen cuatro elementos en el fenómeno comunicativo: emisor, mensaje, medio y receptor. De acuerdo con ello, ubicamos en el rol de emisor a las instituciones oficiales de salud pública y como receptor a la población a quien se dirigen las campañas.

Entonces, si pretendemos comprender con mayor profundidad la naturaleza de dichas campañas e incluso emitir recomendaciones de mejoras, debemos adentrarnos en el mundo del emisor, ya que las instituciones se suelen conceptualizar como entes aislados e individualizados, y se olvida que dentro de su estructura existen reglas propias, interacciones de personas y grupos organizados (instituciones sociales intrínsecas) que simultáneamente forman parte del emisor y receptor e incluso como parte del medio.

Análogamente, consideramos esta situación como un juego, ya que es una actividad que requiere de un objetivo, de reglas y de jugadores. Para que exista el juego, es necesario que los participantes conozcan las reglas para que sepan lo que está permitido y lo que no para alcanzar el objetivo; pero depende de la creatividad y habilidad de cada jugador o grupo de jugadores cómo poner en práctica dichas reglas, es decir, el cómo jugar el juego.

Si el objetivo del juego de la comunicación en salud es incidir en los comportamientos e ideologías de la población hacia hábitos considerados *saludables*, ¿cuáles son las reglas, quiénes son los jugadores y cómo se juega el juego?

Con estas preguntas pretendemos dar énfasis al hecho de que nuestra intención no es comprender las campañas de comunicación en salud desde sus productos finales, como son los *spots* audiovisuales, sino desde lo que sucede en el mundo del emisor, es decir, desde cómo se construyen las estrategias o campañas de comunicación y cómo se producen. Lo anterior, debido a que consideramos que las estructuras e interacciones al interior de las instituciones, las reglas del juego y el juego en sí

determinan, en gran parte, la naturaleza de dichas estrategias y, por ende, un posible sitio para identificar y comprender los factores de éxito o fracaso de esas campañas.

Entonces, para comprender el juego de la comunicación y promoción de la salud en México, nos adentramos en el mundo de la Secretaría de Salud, que es la institución oficial de salud con mayor autoridad en el país; así como en el juego de los procesos de construcción y producción de campañas de comunicación en salud referente a la obesidad.

1. Conceptos básicos

Salud pública

No es de extrañar que, en la vida cotidiana, los distintos conceptos dentro del mundo de la salud pública se confundan y limiten al mundo de la clínica, en especial a la medicina. Por el mismo motivo, es común la confusión de que la *salud pública* es una rama de la medicina y se ejerce casi en su totalidad por médicos.

Al respecto, cabe aclarar, en primera instancia que el concepto *salud* está irremediabilmente ligado al de *enfermedad*; estos términos se encuentran divididos por una delgada línea que los vuelve elementos contrarios, es decir, si estás sano, no estás enfermo y viceversa. Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) define el término como: “un estado de completo estado bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades”. A la par, define *enfermedad* como “la alteración estructural o funcional que afecta negativamente al estado de bienestar”.³

Una de las controversias sobre estas definiciones es que el concepto de la OMS fue acuñado en la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud en 1946 y no ha sido modificado, ni adaptado a los distintos contextos socio-demográficos desde entonces.

³ Organización Mundial de la Salud. (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Documentos Básicos.

Otra controversia al respecto es la conceptualización de la salud como algo estático y no como un proceso dinámico. Es común decir “estar sano”, un estado en el que se encuentra o no inmersa una persona. Si agregamos el utópico nivel totalitario de alcanzar un “completo estado” en planos tan complejos como el físico, mental y social, sería casi imposible asegurar que en algún momento de la vida una persona alcanza a estar sana. Este mismo punto ambiguo del “completo estado” abre la interrogante ¿qué tan sano se puede estar? O si se considera un plano comparativo y se asume que existen dos cuerpos exactamente iguales, ¿es posible que una persona esté más sana que otra? y, en caso de ser así, ¿cuáles serían los criterios de medición? Así mismo, ¿los conceptos de *bienestar* y *salud* tienen el mismo significado?

Para simplificar nuestro estudio partimos de -pero no nos limitamos a- las definiciones institucionales de *salud* y *enfermedad*. Aunque proponemos revisar la definición de “salud-enfermedad” proporcionada por Quintero:⁴

...se refiere a un equilibrio del ser humano, de su organismo biológico y de las representaciones de su cuerpo en relación con factores biológicos, medioambientales, socioculturales y simbólicos, que permiten a cada ser humano además de crecer, potenciar sus posibilidades en función de sus propios intereses y de los de la sociedad en la cual se encuentra inmerso... la salud aparece como un estado de tolerancia y de comprensión física, psicológica y social, fuera del cual, toda otra situación es percibida como enfermedad.

⁴ Quintero, M. (2012). *Tribus urbanas y grupos indígenas. El imaginario social y la cultura como determinante en la concepción de la salud y la enfermedad*. México: Porrúa.

Referente al segundo término de “salud pública”, lo mencionado hasta ahora se complica aún más cuando se intenta comprender la separación entre lo individual y lo poblacional, lo público y lo privado, entre otras distinciones.

La dicotomía entre lo público y lo privado es un asunto político. La frontera invisible entre ambos conceptos abarca mundos como la intimidad, las costumbres y las prácticas individuales, así como instituciones sociales más personales como la familia, por un lado, y por otro lado más grupal, el mercado, la economía e instituciones sociales a mayor escala. -¿Por qué carajos le importa al gobierno lo que como o no como, si hago o no hago ejercicio, si eso es mi vida privada? Podría ser la pregunta que representa la frontera entre lo público y lo privado relacionado con la obesidad y la salud pública. La respuesta es muy sencilla y la abordaremos más adelante.-

Ahora, como se comentó al principio de esta sección, otra controversia es limitar las acciones de la salud pública al mundo de la medicina clínica. La salud pública como disciplina se compone y practica-profesionalmente, al menos- por personas involucradas en muchas otras disciplinas, como la antropología, la sociología, las artes visuales, la comunicación, entre muchas otras. La diferencia entre la salud pública y la medicalización puede quedar más clara con la siguiente anécdota:

En 1854 se presentó en Inglaterra uno de los brotes de cólera más fulminantes registrados en aquella zona. Se estima que, en algunos pequeños barrios de Londres, murieron más de 700 personas debido a esta infección. En esa época, la tradición en la práctica médica -que no

dista de lo que se acostumbra hoy en día- se limitaba a la clínica individual en hospitales y consultas a domicilio. Sin embargo, el médico John Snow -considerado el fundador de la salud pública- fue más allá de la práctica clínica cotidiana: salió a las calles y se dedicó a observar patrones en la aparición de casos, y los asoció a la geografía. Estas observaciones lo llevaron a diseñar mapas y planos; concluyó que el brote de cólera en Broad Street de Londres se debía al uso social que se le daba al agua de un pozo en dicha calle (lo cual le repercutió en encarcelamiento al cerrar dicho pozo sin permiso de la autoridad).

John Snow salió de la práctica clínica individual y atravesó los límites disciplinarios de su profesión; se internó en áreas antropológicas, sociológicas y demográficas para observar aspectos sociales que iban más allá de la teoría de los miasmas como causante de las enfermedades poblacionales y sentó los fundamentos que continúan vigentes hoy en día: para conocer las causas de las problemáticas relacionadas a la salud pública, se debe de considerar el contexto social de una población y no limitarse al plano individual.⁵

Así, consideramos la *salud pública* como un ente que conforma parte de todas las sociedades y que, como disciplina formal, está conformado por un conjunto de disciplinas cuyo objetivo principal es mejorar la salud de la población y no se limita al área médica, ni al nivel del individuo.

Promoción de la salud

Las acciones de salud pública se enfocan en la salud a nivel poblacional, en particular en sus factores determi-

⁵ Rodríguez, A. (2005). La importancia del legado de John Snow para la epidemiología. *Rev Soc Med Quir Hosp Emerg Perez de León*, 36, 3-4.

nantes; factores sociales que influyen en la salud de una población, como la educación, los sistemas de saneamiento básico, la comunicación, las políticas públicas, la investigación, el acceso a servicios de salud, entre otros.

Uno de los elementos clave para intentar alcanzar cierto nivel de salud a nivel poblacional es la *promoción de la salud*, que se define institucionalmente como “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”.⁶

La definición anterior contiene, a su vez, un punto clave que requiere una profunda reflexión por parte de quienes se dedican a la salud pública; señala que se le deben proporcionar a los pueblos los medios para que ejerzan un control sobre su salud. ¿Acaso las personas dedicadas a la promoción de la salud deben *proporcionar* medios a los pueblos o estos medios ya existen y deben simplemente ser aprovechados?

La premisa paternalista de “proporcionar algo a los pueblos” se suele interpretar de forma análoga a la consulta clínica, en donde el paciente (el que no sabe) acude al médico (el que sabe) para que lo diagnostique y emita recomendaciones para que recupere el *estado* previo de salud. Cuando lo anterior se replica a nivel poblacional, las personas encargadas de las estrategias de promoción de la salud (el que sabe), cuyo perfil profesional es casi exclusivamente clínico, tienden a realizar un diagnóstico de salud de cierta población (paciente que no sabe), desde su perspectiva clínico-biológica y entonces emiten recomendaciones para enfrentar cierto fenómeno que afecta la salud de esa población. Sin embargo, se suele obviar las necesidades y priori-

⁶ Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud.

dades percibidas por las personas, los medios existentes, sus sistemas sociales, la *participación comunitaria*, entre otros elementos que determinan la naturaleza de la promoción de la salud. Históricamente así se ha llevado a cabo la practicado de la salud pública y se han vuelto ineficientes muchas de las estrategias de promoción de la salud.

Aquí entra en juego otro concepto eje que trataremos a lo largo de la obra, “la participación social integral” o *participación comunitaria*, ya que promover la salud “radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones, la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud”, lo que, a su vez, se basa en la premisa teórica de que la promoción de la salud “favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporcione información, educación sanitaria y perfeccione las aptitudes indispensables para la vida”.

Lo anterior debería ser una piedra angular de reflexión para todas aquellas personas involucradas en acciones de promoción de la salud, ya que, si se pretenden llevar a cabo estrategias exitosas, es imperativo que previamente se conozca al público objetivo (receptor): características, instituciones sociales (sistema familiar, religioso, educativo, político, etc.), sistemas culturales, entre muchas otras características, pues, a diferencia de las recomendaciones finitas de la consulta clínica para resolver cierto fenómeno de salud individual, con la promoción de la salud se pretende incidir en el imaginario social para lograr acciones que hagan frente a los fenómenos que afectan la salud pública y que estas acciones sean autosustentables. Con ello, se lleva el concepto de salud a la cotidianidad diaria de la población, y no se limita a lo que sucede den-

tro de un consultorio clínico u hospital, ya que implica acciones del día a día de todas las personas.

Entonces, si como lo señala la declaración Alma-Ata “el único camino para alcanzar las metas de salud, es el involucramiento de las comunidades locales en la prevención y tratamiento” y que “sin el involucramiento y responsabilidad de la comunidad, los programas de salud fracasarán”; podemos considerar la *participación comunitaria* como una colaboración organizada de diversos actores de la sociedad y como “el proceso mediante el cual los individuos se transforman de acuerdo a sus propias necesidades y las de su comunidad, adquiriendo un sentido de responsabilidad con respecto a su propio bienestar y el del grupo”.⁷

Aunque cabe señalar que, en general, es importante definir a qué tipo de participación nos referimos, por ejemplo, si nos referimos a una individual o a una grupal; si definimos un grado o temporalidad de la participación o, incluso, si se utiliza como un fin o como un medio.

Comunicación en salud

En la actualidad, tanto a nivel internacional como nacional, una de las principales estrategias de promoción de la salud es el uso de métodos y medios de comunicación, lo que implica, al mismo tiempo, una oportunidad para mejorar estas estrategias, ya que, como mencionamos previamente, en México se suelen tomar como sinónimos los fenómenos *comunicar* e *informar*.

Esta visión limitada entre el fenómeno informativo y co-

⁷ Instituto de Estudios Latinoamericanos. (2013). *Participación social*. De Freire Universitat Berlin.

municativo, en la planeación e implementación de estrategias de comunicación en salud, suele ser consecuencia de la formación académica y perfil profesional de quienes toman las decisiones en las instituciones de salud. Por alguna razón, se continúa con la creencia, desde hace décadas, de que con el simple hecho de informar a la población, se incrementa el conocimiento y, por ende, se pueden obtener cambios en las actitudes, comportamientos y demás elementos causales de problemáticas de salud pública, y que esto es en sí mismo comunicación y promoción de la salud.

Una prueba muy evidente de que esta creencia no aplica en todos los casos, es la paradoja del mundo médico: un médico es capaz de conocer profundamente los efectos del tabaquismo e incluso haber visto gente morir por complicaciones de este comportamiento y, sin embargo, fuma. No necesariamente el conocimiento lleva a un determinado comportamiento. Además, debido a las múltiples fuentes de información que existen en la actualidad, la audiencia podrá poner en tela de juicio los mensajes y sus contenidos, e incluso reconstruirlos, por ejemplo, las campañas de desprestigio hacia la vacunación, guiadas por algunas “personalidades” de la farándula, cuyos mensajes son recibidos, asimilados y replicados por miles de personas, sin que las campañas informativas a favor de la vacunación (y los millones de antecedentes exitosos) tenga ningún efecto en cambiar su ideología.

La Secretaría de Salud define la comunicación en salud como “un campo de estudio sociológico que explora lo relacionado con el campo de la información: cómo y quién la genera, cómo se estructura y se construye al servicio de una institución o empresa, cómo esta es percibida, transmitida y entendida y el conocimiento sobre su impacto

social”. A través de esta se busca “la sensibilización de la opinión pública, fomentar la participación comunitaria, apoyar la capacitación formal de los trabajadores en salud y promover estilos de vida saludables”. Se pretende también, a través de esta, “aumentar el conocimiento y reforzar conocimientos, actitudes o conductas sobre temas de salud; influir en las actitudes personales o colectivas; enseñar el beneficio del cambio de la conducta”.⁸

Entonces, la hipótesis planteada sobre el producto que nos intentaba vender la Secretaría de Salud a través del *spot* en el cine no estaba del todo errada: una ideología que lleve a determinado comportamiento.

Con todo lo mencionado hasta el momento, podemos construir una definición propia de la comunicación en salud: *es el conjunto de estrategias de comunicación basadas en la audiencia, para un cambio social sustentable de los elementos que componen la salud de individuos y comunidades.*

Recordemos por un momento que partimos de la intención de comprender por qué los *spots* de la Secretaría de Salud son como son. Sería muy sencillo -y poco correcto de nuestra parte- responder que las instituciones de salud no hacen bien su trabajo o que no saben hacerlos, o cualquier respuesta similar que se nos venga a la mente, en especial si comparamos los *spots* de comunicación en salud con los comerciales.

Sin embargo, el incidir en comportamientos e ideologías de la población no es en lo más mínimo una tarea sencilla. Abordaremos a continuación algunos elementos bá-

⁸ Dirección General de Promoción de la Salud. (2010). *Manual de mercadotecnia social en salud*. México: Secretaría de Salud.

sicos y elementales de la persuasión, los cuales servirán de guía para los involucrados en estrategias de comunicación y promoción de la salud.

Fenómeno comunicativo

Partimos de conceptualizar la comunicación como un fenómeno social, natural y esencial en el proceso de intercambio de bienes, servicios y sistemas de signos entre los integrantes de las distintas estructuras sociales, lo que permite u función y, por ende, la supervivencia de las especies.

Cisneros⁹ divide la función y, por tanto, la naturaleza de la comunicación en: persuasión y entendimiento; define la primera como “la acción de inducir, mover, obligar a uno con razones a creer o hacer una cosa” y la segunda como “la capacidad de comprender o llegar a un acuerdo”. Estos dos elementos convergen en el fenómeno comunicativo.

Desde que nacemos creamos constantemente mensajes que difundimos a través de distintos medios y esperamos que sean entendidos por nuestros receptores para satisfacer necesidades esenciales. Por ejemplo, la necesidad esencial de alimentarse de un bebé (emisor) provoca la creación del mensaje “aliméntenme”, que se difunde a través del llanto (medio) y espera sea entendido por sus cuidadores (receptores) y los persuade (motive) a darle el alimento y estos entiendan el mensaje y el medio del emisor.

En el fenómeno comunicativo se intercambian papeles continuamente entre emisor y receptor; es un proceso dinámico constante, no una situación estática y unidi-

⁹ Cisneros, J. (2001). El concepto de la comunicación: el cristal con que se mira. *Ámbitos*, 7-8, 49-82.

reccional. Para la supervivencia de nuestra especie, el proceso permanentemente de intercambio de bienes, servicios y sistemas de signos, debe realizarse a través de un código convenido entre los usuarios o partes que participan en el intercambio. Es decir, si pretendemos transmitir sentimientos, pensamientos, creencias, intenciones y otras sensaciones a alguien, ese receptor debe conocer el significado de los elementos utilizados en el mensaje y el vehículo que estamos utilizando para dicha transmisión.

Por ejemplo, en el sistema de signos sociales cotidianos, se establece un código común en el que un perro es un animal con ciertas características (mamífero, cuadrúpedo, que ladra) y se acepta por todos los integrantes de la sociedad que un animal que no cumpla con esas características no puede ser llamado perro.

Nuestra realidad cotidiana está compuesta por un complejo entramado de signos que, de forma sintética, podemos señalar que son estímulos cuya imagen mental está asociada a la imagen de otro objeto o estímulo, es decir, un signo es un estímulo con una intención de comunicar algo. Un signo contiene un significado, un significante y un modo de significación. Esta triada compone los códigos sociales, los cuales se construyen en común acuerdo entre los usuarios de esos signos, es decir, un signo es una construcción social que se determina de acuerdo a momentos espaciales y temporales. Así, el signo sin variables culturales agregadas se construye y complejiza socialmente y significa de acuerdo al espacio y tiempo de la vida cotidiana.

Estos signos o estímulos que intentan transmitir un mensaje deben ser intercambiados con el otro para poder esta-

blecer una comunicación. Así, si yo quiero que la otra persona tenga una imagen mental de un *perro*, digo la palabra perro (emito el estímulo o signo) y, si mi receptor tiene en su bagaje histórico-conceptual de significados las características que están socialmente aceptadas para ese signo (que hable español y que haya conocido alguna vez un perro, por ejemplo), estableceremos una comunicación. En este momento se inicia el intercambio de signos a través de la palabra y este proceso de intercambio, como veremos más adelante, es, además de la base del fenómeno comunicativo y persuasivo, la base de la mercadotecnia social, disciplina en la que teóricamente deben basarse las estrategias de comunicación en salud en nuestro país.

En el proceso de intercambio de sistemas sígnicos, representados por bienes y servicios para el funcionamiento de las estructuras sociales, es indispensable la existencia de dos o más partes, que cada parte tenga algo que intercambiar y que ambas tengan la capacidad de comunicación, es decir, un código en común. Así, nuestra realidad se conforma de un conjunto de signos construidos con base en acuerdos sociales entre los usuarios de esos signos. Dichos acuerdos, traducidos en significaciones, respuestas y opiniones de fenómenos de la cotidianidad, están condicionados por conocimientos adquiridos, ya sea formal o informalmente, en nuestro contexto histórico personal y, a su vez, ese contexto está determinado por estructuras y funciones sociales, en donde se conjugan políticas o reglas del juego social. De este modo, comprenderemos en mayor profundidad por qué cierto fenómeno llega a ser un problema de salud pública.

Lo anterior podría parecer complejo, sin embargo, si lo sistematizamos, no lo es tanto. Se resume de esta forma:

para que exista el fenómeno comunicativo y, por tanto, *entendimiento* y *persuasión* (indispensables para que un mensaje genere un cambio de comportamiento), debe haber un intercambio de bienes, servicios o signos entre dos o más partes, emisor y receptor, quienes intercambian dinámicamente sus roles. Ese intercambio se hace a través de códigos que ambas partes comprenden y comparten.

Fenómeno persuasivo

Nuestro bagaje histórico como sociedad ha estado siempre ligado a la imagen, ya sea gráfica o mental, como medio de comunicación y persuasión. Por ejemplo, una de las interpretaciones de las pinturas rupestres, -hace aproximadamente treinta mil años- es que las personas que las creaban eran los cazadores; al plasmar imágenes de animales sobre las paredes, lograban que las presas fueran más fácilmente cazadas.¹⁰

Es innegable la importancia de la imagen en nuestra cultura histórica como mexicanos. Los glifos que representaban imágenes visuales, sonidos, palabras e inclusive textos completos además de comunicar en el contexto en el que se produjeron lograron fijar una memoria cultural.

La significación de los indígenas mexicanos hacia la imagen gráfica, representada por la veneración a ciertas representaciones (la cual continúa actualmente en la mayoría de la población general), fue aprovechada por Cortés para la conquista. Una de sus principales estrategias fue la destrucción de imágenes adoradas por los indígenas, para reemplazarlas por otras de carácter cristiano; proceso que, al parecer no fue realizado de forma abrupta, sino paulatinamente. Las creencias del pueblo mexicana no fue-

ron destruidas, sino reconstruidas. La estrategia incluyó la proliferación de imágenes religiosas, en especial de la Virgen de Guadalupe, y se utilizaron discursos repetitivos que resaltaban los beneficios de idolatrarla. Estas estrategias continúan vigentes en la mercadotecnia contemporánea: se utilizan íconos mediáticos para promocionar los beneficios de adquirir cierto producto o comportamiento, así como la repetición constante de los mensajes.¹¹

La imagen es el referente universal a partir del cual construimos el mundo. No solo representamos nuestro universo en imágenes, sino interpretamos todo lo que nos rodea a través de ellas. Aristóteles señala que son necesarias para cualquier proceso del pensamiento, “no se puede aprender o entender nada si no se tiene la facultad de la percepción... el alma nunca piensa sin una imagen”.¹²

La imagen es el recipiente en donde se vierten los conjuntos de signos construidos e intercambiados con base en acuerdos sociales y que se representan en diferentes formas. Entonces, partimos desde la comprensión de la imagen como el conjunto de estímulos (signos) que contiene un conjunto de códigos sociales que significan, comunican y persuaden y que constituyen el elemento eje de cualquier cultura. Así, la imagen se convierte, al igual que la escritura, en uno de los principales instrumentos persuasivos, que a través del tiempo también ha servido como instrumento de referencia, de memoria histórica y de cambios de comportamientos.

Luego de recordar el *spot* visto en el cine, así como otros

¹⁰ Gombrich, E. (1997). *La imagen visual: Su lugar en la comunicación*. España: Debate.

¹¹ Gruzinski, S. (1994). *La guerra de las imágenes: De Cristóbal Colón a “Blade Runner” (1492 - 2019)*. México: Fondo de Cultura Económica.

de índole similar y de reflexionar que el mensaje ideológico fue relativamente claro, pero no existió ningún tipo de motivación por seguir sus consejos y que las imágenes contenidas no lograron ni siquiera incrustarse en la memoria del público, queda claro que no existió el fenómeno persuasivo y, por ende, tampoco el fenómeno comunicativo (que debe lograr entendimiento y persuasión).

Si el objetivo de las estrategias de comunicación y promoción de la salud es persuadir acerca de ciertas ideologías y comportamientos de la población, en este ejemplo, relacionados con la actividad física y los hábitos alimenticios, y estos cambios no se están logrando, ¿en dónde está el punto que se tiene que mejorar?, ¿en el emisor, en el mensaje, en el medio o en el mismo receptor? Para encontrar la respuesta, analizaremos algunos puntos básicos sobre la persuasión.

Es evidente que persuadir es un fenómeno complejo que no siempre se consigue. Hemos señalado que en el intercambio de bienes del fenómeno comunicativo, se requiere del conocimiento a profundidad de la otra parte, del contexto que determina sus significaciones y del bien o producto que se pretende intercambiar, así se desarrolla una adecuada estrategia para su promoción e intercambio.

Aristóteles señaló en su libro *La Retórica* que esta es una “tekné” y no una “epistemé”, es decir, un arte y no una ciencia. “Su fin no es persuadir, sino considerar los medios persuasivos para cada caso, como en todas las demás artes... viene a ser como el estudio de las costumbres o caracteres, al cual sólo es justo denominar política”. Cuando una persona tiene una creencia justificada como verdad y

¹² Aristóteles. (1968). *Retórica*. España: Aguilar.

cuando requiere comunicar con otros sus conocimientos, experiencias y aprendizajes, es necesaria la sistematización de este bagaje para poder transmitirlos. A ello se le llama *ciencia*. Por otro lado, la “tekné” o el arte sucede cuando una persona trasgrede lo abstracto de la ciencia, para una ocupación práctica y/o para enfrentar un problema específico de la vida cotidiana, ya que “la reflexión de por sí nada mueve, sino la reflexión por causa de algo y práctica”.

Bajo estas premisas, el emisor de las estrategias de comunicación en salud no solo debe ser un científico, debe intentar ser un artista, ya que su labor no debe limitarse a la creación y difusión del conocimiento, sino a considerar los medios persuasivos encada caso para la solución de problemas específicos.

Rivera¹³ señala atinadamente que “un artista es alguien que ejerce el pensamiento práctico... es capaz de elaborar planes y estrategias para dirigir sus acciones... puede utilizar conceptos y teorías para dar solución a problemas específicos... es consciente de las razones que sustentan sus acciones”. Esto es, un experto sabe qué hace, pero un artista sabe por qué lo hace.

La retórica, vista de esta forma, como el arte de considerar los medios persuasivos para cada caso, dista mucho de la representación que se da comúnmente en lo cotidiano, por ejemplo, cuando se emite una pregunta que no espera respuesta, denominada *pregunta retórica* o cuando se asocia con argumentos sin contenido es común escuchar la frase “eso es pura retórica”. Pero considerar los fundamentos básicos de la retórica debería ser imprescindible al momento de planear o desarrollar campañas o intervenciones relacionadas a la salud pública.

Los discursos retóricos tienen dos componentes centrales: un componente racional o argumentativo y otro emocional, lo que, a su vez, coincide con el entendimiento y la persuasión en el fenómeno comunicativo. En cuanto al componente racional, Aristóteles señaló la necesidad de buscar la verosimilitud, lo probable, por encima de la verdad en el discurso, ya que los hombres se rigen por sus creencias sobre lo que es probable o verosímil, lo cual vuelven verdadero. En cuanto al componente emocional, señala que los afectos o emociones son “movimientos del alma que se expresan físicamente en alguna clase de tránsito corporal, de manera que las emociones se asimilan a las manifestaciones corporales, y los gestos del cuerpo sirven para expresar las pasiones”. De esta última premisa (los movimientos del alma se representan en movimientos del cuerpo), surge el concepto *move* en Griego o *motivus* en Latín, es decir, mover emocionalmente a los receptores del discurso. La persuasión comienza por la motivación, es decir, por el *movimiento*.¹⁴

Monasterio¹⁵ sintetiza los momentos o pasos del discurso retórico para aspirar a la persuasión:

- “Intellectio” o intelección: comprensión de lo que se quiere decir.
- “Inventio” o invención: búsqueda de argumentos adecuados o probatorios.
- “Dispositio” o disposición: distribución de los argumentos según un plan adecuado.

¹³ Rivera, L. (2007). *La retórica en el diseño gráfico*. México: Encuadre.

- “Elocutio” u ornato: utilizar las figuras y las palabras más convenientes.
- “Menme” o memoria: para recordar cada cosa en el lugar y momento oportunos.
- “Actio” u acción: todo lo relativo a la entonación, gestos, expresiones, etc. que contribuyen a dar mayor eficacia al discurso.

El primer y segundo momento del discurso retórico son fundamentales en la comprensión de nuestro objeto de estudio -aunque todos lo son, ya que se trata de un proceso dinámico-:

La intelección porque es donde el emisor debe conocer a fondo el contexto del receptor; quien interpreta los mensajes y medios (imágenes) de las estrategias del emisor; con base en sus sistemas de significaciones y representaciones sociales.

La invención, para identificar argumentos adecuados, los cuales deben incluir una tríada que parece obviarse en las intervenciones de salud pública y sus campañas de comunicación y promoción de la salud, para aspirar a un fenómeno persuasivo: las costumbres del emisor (*ethos*), los argumentos racionales del mensaje (*logos*) y las emociones de la audiencia (*pathos*).

Volviendo a la relación entre raciocinio y emoción, es necesario resaltar que el hombre es una especie emocional que utiliza la razón para justificar esas emociones. Como señala Jiménez:¹⁴

¹⁴ Jiménez, A. (2014). La retórica clásica y la neurociencia actual: las emociones y la persuasión. *Rétor*, 4, 56–83.

¹⁵ Monasterio, D. (2010). *Nuevo manual de retórica parlamentaria y oratoria deliberativa*. Argentina: Konrad Adenauer Stiftung.

Los aspectos emocionales son básicos para configurar nuestra ideología y nuestra cosmovisión, y la argumentación racional se encamina a sustentar nuestras prioridades emocionales. De ello podríamos deducir que la argumentación racional, por sí sola, es insuficiente para modificar los planteamientos que se basan en una elección emocional, y que para provocar un cambio en los mismos, es precisa una perspectiva emocional complementaria.

La forma en que se relacionan el raciocinio y las emociones para la persuasión se puede comprobar neurofisiológicamente, a través de la relación neuronal de las regiones cerebrales prefrontales, en donde se llevan a cabo la planificación de comportamientos complejos, la expresión de la personalidad, la toma de decisiones y las decisiones del comportamiento social, con las regiones del sistema límbico, en donde se gestionan las emociones. Para la toma de una decisión, la secuencia cerebral natural es de la siguiente manera y en ese orden: emoción - raciocinio - emoción.

Antonio Damasio¹⁶ explica en su libro *En busca de Spinoza: Neurobiología de la razón y los sentimientos* el caso de uno de sus pacientes, que había sufrido una lesión de la corteza prefrontal y que, al terminar la consulta, Damasio le dio la opción de dos fechas diferentes para la próxima visita. Entonces, el paciente pasó más de media hora tratando de decidir entre cuál era la mejor fecha. Ya que el área del raciocinio e inteligencia no estaban dañados en su cerebro, el paciente hacía una lista de los pros y contras para cada una de las fechas, pero no lograba concretar una decisión tan sencilla. Fue hasta que Damasio le sugirió una fecha cuando el paciente se decidió y estuvo de acuerdo.

El relato de Damasio ejemplifica y comprueba que para la toma de una decisión, es necesaria la triada emoción-raciocinio-emoción. Cuando se debe tomar una decisión, entran en juego las emociones en primera instancia, disciernen rápidamente entre nuestro bagaje de experiencias y conocimientos, antecedentes placenteros y desagradables. Luego se pasa a un contrapeso racional más lento de pros y contras de las consecuencias de nuestra posible decisión y se concluye con una nueva y rápida estimulación de las áreas emocionales, que se conectarán con las áreas motoras (motivación) de nuestro cerebro. Así es como se llega a una decisión.

Esta relación cerebral entre emoción y raciocinio en el orden señalado es fundamental para el fenómeno persuasivo, ya que, si se intenta un discurso que aluda únicamente a la razón y se omite lo emocional, el discurso estará destinado al fracaso. Esta es posiblemente una de las principales causas de por qué el *spot* de la Secretaría de Salud fracasó en el intento de motivarme, ya que aludía simplemente a los beneficios y desventajas en torno a la obesidad y dejaba de lado el factor emocional, lo que no sucedió con los *spots* comerciales.

A la par, existen en nuestro cerebro las denominadas neuronas espejo. Estas son una combinación de neuronas motoras y perceptivas situadas en la porción frontal y parietal de la corteza, que se estimulan cuando realizamos un movimiento corporal y también cuando observamos a alguien más realizar un movimiento. Dicha estimulación de neuronas genera que nuestro cerebro repita el movimiento de los otros, aunque nuestro cuerpo no se mueva

¹⁶ Damasio, A. (2003). *En busca de Spinoza. Neurobiología de la razón y los sentimientos*. Barcelona: Crítica.

y, a su vez, permite que entendamos el contexto de las acciones de los otros y podamos predecir lo que acontece.

Por ejemplo, si mi bagaje de conocimientos lo permite, al ver que un perro levanta su pata trasera frente a un árbol, las neuronas espejo se estimularán aunque yo no levante mi pierna frente al árbol y me permitirán entender el contexto y anticipar que ese perro está a punto de orinar. Estas neuronas permiten identificarnos no solamente con los movimientos corporales de los otros, sino completar el marco del entendimiento del contexto; nos identifican con las emociones asociadas a los movimientos, así sea de un movimiento brusco de la otra persona que nos signifique algún peligro, hasta el lenguaje corporal asociado al discurso mientras se transmite algún mensaje. Estas mismas neuronas son las que provocan que se diga que son contagiosos los bostezos, la risa y el llanto.

Lo anterior alude a un factor imprescindible para la persuasión: la identificación. Aunque este último es complejo y va más allá del factor neuronal, se ejemplifica con lo que encontramos durante nuestra investigación. Los *spots* de Coca-Cola® están llenos de imágenes con las que el público fácilmente se identifica. Mientras que los spots de la Secretaría de Salud, muestran a grupos de personas felices por realizar actividades al aire libre en zonas arboleadas adecuadas y equipadas, las cuales existen exclusivamente en algunas partes de México, se percibe entonces un pobre elemento identitario; uno de los principales factores para que exista desinterés por ellos.

“No, aquí no hay nada de eso. Que banquitas con techito y todo eso, aquí no hay nada. Ni jardines ni áreas verdes. Aquí hay concreto o tierra, nada más”, me comentó

una mujer de una comunidad cuando le enseñé los *spots* de la Secretaría y le pregunté si le habían gustado.

Uno de los principales elementos para comprender la diferencia entre los spots comerciales y los de la Secretaría de Salud es el conocimiento de lo hasta ahora mencionado. Las compañías comerciales invierten una gran cantidad de recursos en conocer a su cliente, su contexto y sus factores persuasivos. Además, conocen a profundidad el producto que pretenden intercambiar, su costo, su valor y lo que se pretende obtener en el intercambio, para poder producir campañas de comunicación y no solo de información, a través de mensajes con ciertas estructuras narrativas y una combinación de medios de acuerdo a los elementos persuasivos de su audiencia. Mientras tanto, las instituciones de salud pública aparentan desconocer u obviar estos elementos y procesos.

En forma resumida, para que aquellas personas involucradas en la comunicación y promoción de la salud poblacional tengan mejores posibilidades de lograr un cambio social referente a ideologías, actitudes y comportamientos, deberían considerar como mínimo los siguientes factores:

- La información por sí sola no suele llevar a la persuasión.
- Tener en cuenta los momentos del discurso retórico.
- Conocer a la audiencia o receptores de los mensajes y partir desde el contexto de ellos para elaborar los mensajes, al tomar en cuenta las costumbres del emisor (*ethos*), los argumentos racionales del mensaje (*logos*) y las emociones de la audiencia (*pathos*).

- Tener en consideración que los discursos persuasivos deben contener la triada emoción-raciocinio-emoción, y en ese orden.
- Uno de los elementos indispensables en la persuasión es la identidad.
- Las imágenes gráficas son uno de los medios con mayor efectividad persuasiva.

2. Obesidad como problema de salud pública

Existen en la actualidad miles de fenómenos considerados problemas de salud pública, pero nuestra intención no es abordarlos a profundidad, describirlos o generar controversia acerca de ellos. Sin embargo, es importante comprender por qué cierto fenómeno se considera como un problema de salud pública y por qué requiere estrategias para solucionarlo en donde se involucra el juego de la comunicación y promoción de la salud. La obesidad es uno de estos fenómenos y es prioridad actualmente en México, por lo que lo tomamos como representativo de otras problemáticas de salud pública, en especial de aquellos fenómenos no infecciosos.

Obesidad e imagen histórica

La definición de la obesidad y del sobrepeso no escapa a las controversias, debido a su compleja naturaleza biológica, psicológica y social, que la catalogan como una enfermedad, una condición, un estado, una construcción conceptual y estética del cuerpo, entre muchas otras. La OMS la define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Cabe aclarar que, para esta obra, la reflexión sobre la obesidad será únicamente para comprenderla como parte de las problemáticas de salud pública y se dejará de lado el escrutinio específico de su naturaleza. Por lo tanto, se obvian algunas explicaciones, entre ellas las de los distintos métodos para detectarla o catalogarla.

La obesidad es una condición que acompaña al hombre, como especie, a lo largo de su historia. Sus distintas significaciones históricas van desde su conceptualización que representa abundancia de recursos personales, hasta considerarla como un castigo divino, la representación de pecados capitales, una situación relacionada a la estética, al erotismo, o como un factor de riesgo individual para el desarrollo de enfermedades. Sin embargo, no fue considerada como un problema de salud poblacional sino hasta la década de los 70 del siglo pasado.

En esa época, el doctor Abdel Omran publicó su teoría de la transición epidemiológica, en donde se analizan los cambios en la mortalidad y morbilidad en las poblaciones a lo largo del tiempo, como consecuencia de los cambios demográficos en las distintas regiones del planeta. En un análisis de 100 años, Omran detectó una disminución de las enfermedades infectocontagiosas asociadas a la higiene y desnutrición, mientras las enfermedades crónico-degenerativas asociadas a estilos de vida aumentaban. Con lo anterior, definió tres etapas de transición: 1) hambruna y enfermedades infecciosas; 2) reducción de estas; 3) aumento de las enfermedades crónicas. Dependiendo de la temporalidad en la que se presentaban estas etapas de transición, describió tres periodos distintos: a) el clásico, principalmente en Estados Unidos y Europa occidental; b) el acelerado, principalmente en Asia, donde al mejorarse rápidamente sus sistemas sanitarios, se pasó de la etapa 1 a la 3 en forma acelerada; c) el retardado, principalmente en Latinoamérica, ya que existe una combinación de enfermedades infectocontagiosas asociadas a la higiene inadecuada y a la desnutrición, además de las enfermedades crónicas asociadas a estilos de vida.¹⁷

A la par, estudios realizados por compañías aseguradoras para evaluar el riesgo de muerte de sus clientes con obesidad, comenzó el cambio de la percepción de esta condición hacia un problema de salud pública, lo que fomentó la realización de varios estudios, en los cuales, a partir de la década de los 90 se descubrieron cifras epidemiológicas alarmantes que trascendían los estratos socioeconómicos, las fronteras y las etnias. Es por ello que a la obesidad se le conoce en la actualidad como *la epidemia del siglo XXI*.

La OMS calculó que para el año 2013, a nivel mundial, más de mil millones de adultos vivían con sobrepeso y se superaban los 300 millones de personas con obesidad. Aunado a lo anterior, calculó que más de 2.6 millones de personas mueren cada año por causas relacionadas a esa problemática.

En México, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012, las cifras de sobrepeso y obesidad en adultos superaban el 70% de la población, es decir, casi 49 millones de personas que viven con esta condición.

Al interpretar estas cifras desde el punto de vista económico, se señala que por cada 20 años de expectativa de vida de la población, aumenta en promedio 1.4% el producto interno bruto.¹⁸ Pero cuando una persona vive con obesidad, percibe un ingreso económico en promedio 18% menor y los días no productivos por ausentismo laboral aumentan considerablemente. Además, genera un gasto en promedio de 25% más en servicios de salud.¹⁹

¹⁷ Barquera, S. (2006). *Sobrepeso y obesidad: epidemiología, evaluación y tratamiento*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.

¹⁸ Es un indicador representativo del crecimiento de la producción de bienes y servicios de las empresas de cada país. Este indicador refleja la competitividad de sus empresas.

Las cifras anteriores aumentan drásticamente al considerar la obesidad como una condición asociada a otras también catalogadas como problemáticas de salud pública, como las enfermedades no transmisibles (ENT): enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes. Con estas problemáticas de salud poblacional es con las que la obesidad está directamente relacionada como causa, consecuencia y complicación.

El concepto *no transmisible* de las ENT, en el sentido clínico del término, se debe a que no se contagia por agentes infecciosos, sin embargo, no toma en cuenta la transmisión de usos y costumbres, de generación en generación, en el interior de instituciones sociales, como, por ejemplo, las familias, que es en donde existen huecos de información y a donde en muchas ocasiones se dirigen las estrategias de persuasión por parte de las instituciones de salud.

Se estima que las ENT provocan más de 36 millones de muertes al año alrededor del mundo, y que cuando un niño o niña menor de 5 años de edad vive con obesidad, tiene un riesgo más elevado de desarrollar ENT, comparado con niños sin esta condición. De acuerdo con la OMS, se calcula que, a nivel mundial, actualmente más de 42 millones de niños se encuentran en esa situación de riesgo.

A la par, se estima que el costo directo para el Sistema de Salud Público Mexicano, para atender complicaciones de las ENT asociadas a la obesidad, fue de aproximadamente 42 mil millones de pesos para el 2008; mientras que el costo indirecto por pérdida de productividad superó los 25 mil millones de pesos para ese mismo año. Se calcula que para

¹⁹ Organization for Economic Co-Operation and Development. (2011). *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*. Estados Unidos: OECD Publishing.

el año 2017, los costos directos e indirectos asociados a la obesidad y ENT superan los 100 mil millones de pesos.

Entonces responder a “¿por qué carajos le importa al gobierno lo que como o no como, si hago o no hago ejercicio, si vivo con obesidad o no, si eso es mi vida privada?” -que explica por qué un fenómeno se considera una problemática de salud pública- es relativamente sencillo: por el costo económico. Si se vive con obesidad, no solamente se tiene un riesgo de muerte antes de cumplir la expectativa de vida -menos años de productividad laboral-, sino que se genera un gasto extra al gobierno, tanto por la atención médica necesaria para mantener a una persona en sus actividades, como por la disminución de la cantidad y calidad de la producción del trabajo.

En pocas palabras, la obesidad, además de generar un alto riesgo de muerte a los miembros de las poblaciones, cuesta mucho dinero a los gobiernos, ya sea por mantener vivas -y produciendo- a esas personas, como por su baja productividad y calidad laboral.

Como lo señala el Gobierno de la República:²⁰

Ante estas cifras, lo que su magnitud, frecuencia, ritmo de crecimiento y las presiones que ejercen sobre el Sistema Nacional de Salud; el sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles... representan una emergencia sanitaria, además de que afectan de manera importante la productividad de las empresas, el desempeño escolar y nuestro desarrollo económico como país.

²⁰ Gobierno de la República. (2013). *Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes*. Secretaría de Salud.

Rol de la publicidad en la obesidad

Es importante señalar que la obesidad, además de ser una condición individual compleja que se complica aún más al trasladarla al nivel poblacional junto con sus múltiples causas, consecuencias y asociaciones con otras condiciones biológicas y sociales, se vuelve un fenómeno casi imposible de abordar en su totalidad.

Uno de los principales factores que actualmente se asocia como causal de esta situación es la publicidad. De acuerdo con la OMS:²¹

La promoción publicitaria de productos de bebidas y alimentos no saludables está actualmente reconocida como un factor de riesgo de obesidad, en especial en niños, y en el desarrollo de enfermedades no transmisibles relacionadas a las dietas...a pesar de los huecos en las evidencias, la publicidad y mercadotecnia de bebidas y alimentos, tienen un suficiente efecto en las dietas de los niños. La publicidad de mensajes que promuevan una dieta no saludable debería desalentarse.

De acuerdo con el Gobierno de la República, durante el año 2010, si un niño pasaba en promedio dos horas diarias frente a la televisión, habría visto más de 12 mil 400 anuncios de alimentos con alta densidad energética en un año.

Posterior a diversos intentos de políticas y acuerdos imperativos, que iban desde modificaciones a algunos artículos

²¹ Organización Mundial de la Salud. (2013). *Marketing of foods high in fat, salt and sugar to children: update 2012–2013*. Suiza: WHO Regional Office for Europe.

de la Constitución, hasta imponer el tipo de alimentación al que debían tener acceso los trabajadores,²² así como métodos para unificar hábitos alimenticios al interior de empresas e instituciones,²³ se implementó una regulación de la publicidad de alimentos y bebidas de bajo valor nutricional y alta carga energética en medios masivos. Se prohibió la publicidad en televisión de este tipo de productos en un horario de audiencia infantil, esto es, de lunes a viernes de 14:30 a 19:30 horas,²⁴ así como sábados y domingos de 7:00 a 19:30 horas. Como excepción, estos productos pueden publicitarse siempre y cuando se garantice que la audiencia no exceda el 35% de niños menores a 12 años de edad; también pueden anunciarse durante las telenovelas, noticieros, películas, eventos deportivos y series no aptas para menores.²⁰

Pese a lo anterior, consideramos muy aventurado adjudicarle una responsabilidad tan grande a la publicidad como factor aislado. Como señalamos en el capítulo anterior, la imagen gráfica ha sido, históricamente, una herramienta para incidir en el imaginario social, pero se debe de acompañar de una estrategia integral en donde se tomen en cuenta las esferas de tiempo, lugar y persona.

²² Ello nos recuerda la escena de la película *Tiempos Modernos*, en donde en la fábrica donde trabaja Charles Chaplin, implementan una máquina que alimenta al empleado para que no deje de trabajar y sea más productivo.

²³ “— ¡Pero, hijo mío! — exclamó el director, volviéndose bruscamente hacia él. — ¿De veras no lo comprende? El Método Bokanowsky es uno de los mayores instrumentos de la estabilidad social. Hombres y mujeres estandarizados, en grupos uniformes. Todo el personal de una fábrica podía ser el producto de un solo óvulo bokanowskificado. ¡Noventa y seis mellizos trabajando en noventa y seis máquinas idénticas! —La voz del director casi temblaba de entusiasmo. — Sabemos muy bien adónde vamos. Por primera vez en la historia. — Citó la divisa planetaria: Comunidad, Identidad, Estabilidad.” Fragmento del libro *Un Mundo Feliz*, de Aldous Leonard Huxley (1932).

²⁴ En las escuelas públicas de México aún existe el turno vespertino, por lo que estos niños se suelen quedar en casa durante la mañana. Al parecer no se tomaron en cuenta para esta iniciativa.

Un ejemplo muy sencillo son los cereales de caja (productos considerados de alto índice calórico y cuya publicidad por televisión debería estar, al menos teóricamente, prohibida en ciertos horarios). Se trata de productos dirigidos a la población infantil y a sus padres, que muestran una atinada estrategia al utilizar imágenes de animales coloridos, que aluden a la percepción de dicha población; además la promoción y difusión del producto están dirigidas a los mecanismos de significaciones de dicho público y su entorno, hasta el punto de que ya no se necesita mencionar el producto para que el imaginario social lo identifique y lo apropie.

Otro ejemplo muy claro son las campañas de Coca-Cola®. Sus estrategias se enfocan en asociar el producto a las emociones de la audiencia de tal modo que se vuelven innecesarios los slogans que indican una acción específica (no suelen tener slogans como “bebe Coca-Cola, es deliciosa”); contrario a las campañas de la Secretaría de Salud, donde cual receta de cocina, te indican paso a paso que debes tomar más agua, hacer ejercicio y comer saludablemente). Las imágenes y contenidos de sus campañas publicitarias se enfocan en los valores de instituciones sociales, como la familia, la amistad, etcétera; así como en las emociones universales positivas de estas; como consecuencia el público las asocia a la marca y, por ende, existen factores motivacionales positivos asociados al producto. Las técnicas pueden ser variadas, desde la utilización de imágenes conmovedoras, humorísticas y las que incluso, carecen de diálogos y únicamente se utiliza música. Este tipo de estímulos apuntan directamente a las áreas cerebrales ya señaladas como elementales para el fenómeno persuasivo: las emocionales, del raciocinio y las motoras, lo que pone en relieve el indispensa-

ble conocimiento del bagaje de significaciones sociales y elementos persuasivos del público objetivo, para poder aspirar a llegar al imaginario colectivo e intentar entonces incidir en los comportamientos. Gran parte de la importancia de este conocimiento, es saber que no basta con la prohibición de la publicidad en televisión, para hacer frente a este supuesto agente causal de la obesidad.

Entonces, en el juego de la persuasión poblacional, las reglas indican conocer a profundidad a la otra parte del intercambio, es decir, a la audiencia o público objetivo para jugar con la elaboración de estrategias de intercambio. Esta premisa se convierte en una regla, debido al hecho de que las instituciones comerciales privadas, si desean tener éxito, invierten una considerable cantidad de recursos en conocer a su audiencia, su contexto social y sus significaciones. Por el otro lado, si tomamos las campañas contra la obesidad de la Secretaría de Salud como representativas de su juego persuasivo, podrían indicarnos el posible desconocimiento de las reglas de este juego por parte de la institución: el desconocimiento de su audiencia, su contexto y sus elementos persuasivos. Esto evidencia que existe aún un largo trecho por recorrer para lograr la eficacia que sí tienen las campañas comerciales.

No obstante, ¿por qué debería existir una comparación entre las campañas de comunicación de las empresas comerciales y las que buscan la salud pública? Aunque suene irónico, las campañas publicitarias o de comunicación son, a la vez, catalogadas como causa y medio de solución al fenómeno de la obesidad, como veremos a lo largo de la obra, aunque esto aparente una estrategia homeopática, al querer solucionar un problema con dosis pequeñas de su agente causal, Wiebe ya había respondido a la pregunta anterior, ya

que realizó un estudio en los 50, en donde comparó campañas comerciales y de cambio social, llegando a la conclusión que estas últimas aumentan la posibilidad de alcanzar sus objetivos, entre más se asemejen a las comerciales.²⁵

Para determinar si las campañas publicitarias, comerciales o de promoción de la salud tienen el efecto en el comportamiento de las masas del que se les acusa, es necesaria una evaluación no solamente de su aceptación, asimilación, reinterpretación y apropiación, sino del contexto de tiempo, lugar y persona desde el que sucede el fenómeno.

Si se pretende precisar el grado de causalidad de los mensajes publicitarios en el complejo fenómeno de la obesidad (para definir si la estrategia de su prohibición será suficiente), sería necesario un estudio de la audiencia receptora de estas campañas, esto es, de la población mexicana, su múltiple contexto político, cultural y laboral, para conocer la variabilidad de sus factores persuasivos y así comprender de mejor forma por qué las campañas comerciales tienen ese grado de aceptación, apropiación -y causalidad-, mientras que las del cambio social hacia la salud pública no tienen ese efecto.

Veamos entonces brevemente un factor contextual de las poblaciones mexicanas que subyace y es determinante de muchos otros factores catalogados como causas inmediatas del fenómeno de la obesidad.

Rol del sistema institucional en la obesidad

La satanización de elementos aislados, considerados

²⁵ Montero, M. (2003). *Teoría y práctica de la psicología comunitaria. La tensión entre la comunidad y sociedad*. Argentina: Paidós.

como causales del fenómeno de obesidad poblacional, es variada, desde las campañas publicitarias ya mencionadas, hasta la venta de alimentos “no saludables” cerca de las instalaciones escolares, los modernos medios electrónicos de entretenimiento (como tabletas, computadoras y videojuegos) que han cambiado las formas de juego de los niños, etc. Pero ¿qué hay del papel que juega el sistema institucional de nuestro país en la obesidad poblacional?

Mantener ciertas estructuras institucionales y sus relaciones de poder hace necesario cierto sistema intrínseco que -como todo en la vida- tiene sus consecuencias. En estas estructuras, existirá siempre un nivel en donde se encuentre la mayor parte de la gente; en donde se lleve a cabo la mayor parte del trabajo, la mano de obra, y es ahí en donde se producen e intercambian bienes, servicios e ideologías. En otro nivel estarán aquellas personas con poder (sea cual sea), el cual Montero²⁶ define como “la capacidad de hacer que otros ejecuten acciones que deseamos que sean llevadas a cabo, que otras personas se comporten según las intenciones y deseos de un agente específico”. Entonces, si la Secretaría de Salud quiere que hagamos ejercicio diariamente y comamos ciertos alimentos ¿está buscando o ejerciendo cierto poder?

El interés de los grupos que se encuentran en cierta posición de poder estará enfocado en que determinada estructura social y de función laboral no se modifique o, en caso de suceder esto, que sea para reforzar su status quo. Sin embargo, con la conceptualización de la obesidad como un problema de salud pública, las personas que se encuentran en el nivel de producción tienen un riesgo aumentado de muerte prematura, ausentismo laboral,

²⁶ Secretaría de Salud. (2014). *Misión y visión de la Secretaría de Salud*.

disminución de la cantidad y calidad del producto de sus actividades, lo que pone en serio riesgo dicha estructura social y sus funciones y, por ende, la posición de poder de dichos grupos. Entonces se vuelven urgentes las acciones para solucionar el problema de la obesidad poblacional.

Aunque esta situación podría parecer parte de teorías conspiracionales, en realidad es una reflexión de lo que se evidencia en la cotidianidad, en donde se muestran las consecuencias de las decisiones de dichos grupos de poder para mantener y reforzar su status quo, al intentar producir más a un menor costo. Por ejemplo, se puede mencionar lo que sucede en el contexto laboral, con jornadas de ocho horas -en teoría-, que en la práctica real suelen ser de más en el sitio de trabajo. Jornadas que aumentan su duración cuando se lleva el trabajo a casa, como en el caso de los profesores que preparan y/o revisan exámenes y tareas de sus alumnos en su “tiempo libre”; trabajo que no cuenta oficialmente como parte de la jornada laboral, pero en el que se invierten horas no remuneradas económicamente. Esta situación genera un cierto nivel de estrés, que tiene su salida en comportamientos relacionados al consumo de productos considerados no saludables y al sedentarismo.

A la par, las remuneraciones recibidas por las jornadas laborales no suelen ser paralelas a los costos de los productos y servicios que se ofrecen en el mercado, es decir, el sueldo es insuficiente. Pero, invariablemente, tenemos la necesidad biológica de comer y, aunque las recomendaciones de las instituciones de salud sean de consumir alimentos nutritivos, la realidad actual en México es que comer sano sale caro. Es más viable consumir una rebanada de pizza con un refresco, que una ensalada acom-

pañada de agua simple. Y eso si nos referimos exclusivamente a los costos para el consumidor, pues otro sector que se involucra en este juego es el de la oferta, demanda, acceso y apoyo al mercado de alimentos.

Las reglas del juego laboral y de mercado estipuladas desde hace décadas, las cuales benefician a cierto sector de los estratos de poder de la estructura social, han llevado a largas horas laborales, condiciones psicosociales que requieren cierto manejo y a una situación económica precaria en el estrato de la mano de obra. Entonces, cuando se difunden mensajes como “haz ejercicio diariamente y come sanamente”, una respuesta lógica sería: “¿a qué hora y con qué dinero?”.

La hipótesis sería que el Estado está cosechando lo que ha sembrado históricamente. Los costos económicos y laborales que enfrentan los grupos de poder a causa de condiciones como la obesidad no son más que la consecuencia del juego a causa de sus propias reglas.

Este contexto subyacente del público al que van dirigidos los mensajes de comunicación y promoción de la salud, donde se vuelve normal el hecho de que se tenga mayor afinidad por estructuras narrativas de comunicación que diviertan o que aludan a emociones positivas y no a mensajes imperativos enfocados en trabajar aún más (elemento “precio” de la mercadotecnia social y que veremos más adelante), en cuidar la alimentación y en realizar actividad física. Con base en todo lo anterior, volvemos a poner en duda la carga causal de la publicidad de productos comerciales hacia la obesidad, porque existe un elemento con mayor peso en esto: las políticas laborales.

3. Reglas del juego

Luego de sentar las bases teórico-conceptuales, conozcamos brevemente al referee o árbitro encargado de cuidar que se cumplan las reglas del juego de la comunicación y promoción de la salud en México; en muchas ocasiones es quien hace las reglas de este juego, que en este capítulo revisaremos.

Secretaría de Salud

Recordemos por un momento que México es una República, encabezada y representada por tres poderes: ejecutivo, legislativo y judicial. La Secretaría de Salud es una dependencia del Poder Ejecutivo Federal, en otras palabras, es una institución cuyo jefe es el presidente de la República y, a nivel nacional, es la organización con máxima autoridad en temas de salud poblacional, es decir, es la encargada de establecer y regular las reglas del juego de la comunicación y promoción de la salud institucionales.

La visión de esta institución es que para el año 2030:

“México aspire a ser un país con desarrollo humano e igualdad de oportunidades, la población contará con un nivel de salud que le permitirá desarrollar sus capacidades a plenitud”. Para lograr lo anterior, a partir del 2006 se comenzó la reestructuración del sistema de salud nacional, antes enfocado en la curación y en la medicina clínica, para dar paso a un sistema centrado en la promoción de la salud.²⁷



FIGURA 1: Estructura general de la Secretaría de Salud

La Secretaría de Salud, cual organismo viviente (figura 1), contiene órganos que le permiten su funcionamiento y están representados por diversas dependencias: direcciones, subsecretarías, coordinaciones, consejos y comisiones; que, a su vez, contienen sus respectivos organelos: direcciones, subdirecciones, jefaturas, entre otras oficinas. De forma similar al funcionamiento de las células y sus componentes, nos enfocamos en esos órganos y organelos involucrados en el proceso de la comunicación y promoción de la salud, relacionados a la obesidad poblacional.

Las reglas

Como en cualquier juego, quienes quieran jugar deben seguir las reglas y quienes no lo hagan pueden sufrir un castigo o quedar fuera del mismo. Así mismo, como en todo juego, las reglas deben ser respetadas, pero es posible

²⁷ Gobierno de la República. (2013). Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. *Diario Oficial de la Federación*.

jugar de distintas formas sin quebrantarlas y es a través de la búsqueda de mejora o innovación de las formas de jugar, que podemos sugerir modificaciones al reglamento.

En el contexto institucional podemos clasificar las reglas en dos tipos: las normativas y las sociales. Las normativas son el conjunto de normas, leyes y documentos oficiales de cualquier proceso que se quiera seguir. Mientras que las reglas sociales son el juego en sí: son la puesta en práctica de las normas a partir de la significación que les asignen los jugadores. Son los procesos que siguen aquellos que conforman las instituciones, que le dan vida al reglamento, interpretándolo, reinterpretándolo, adecuándolo a su contexto y a las relaciones interpersonales con otros miembros de una institución. Abordaremos en forma concreta y resumida el reglamento normativo que desemboca en el juego de la comunicación y la promoción de la salud relacionado a la obesidad, que esquematizamos en la figura 2.

Constitución Política

Podría ser considerada la regla de las reglas, ya que -se supone- es la base de las normas de cualquier juego social e institucional en México. Los artículos principales relacionados a la comunicación y promoción de la salud son:

Artículo 4.- Toda persona tiene derecho a la protección de la salud...a un medio ambiente sano para su desarrollo y bienestar...a la cultura física y a la práctica del deporte. Corresponde al Estado su promoción, fomento y estímulo conforme a las leyes en la materia.



FIGURA 2: Reglas normativas de la comunicación de la salud en torno a la obesidad

Artículo 6.- Toda persona tiene derecho al libre acceso a información..., así como a buscar, recibir y difundir información e ideas de toda índole por cualquier medio de expresión.

Artículo 26.- El Estado organizará un sistema de planeación democrática del desarrollo nacional... La planeación será democrática y deliberativa. Habrá un plan nacional de desarrollo al que se sujetarán obligatoriamente los programas de la Administración Pública Federal.

Plan Nacional de Desarrollo 2013 - 2018 (PND)

Este documento es la ruta de reglas para cumplir el objetivo de la Presidencia de la República, de “llevar a México a su máximo potencial”. Se describe como “un canal de comunicación del Gobierno, que transmite a toda la ciudadanía de una manera clara, concisa y medible, la visión y estrategia y sobre el trabajo compartido que debemos hacer como sociedad para alcanzar un mayor desarrollo nacional”.²⁸ Es decir, en este se señala quién debe hacer qué.

El PND contiene cinco objetivos: México en Paz, México Incluyente, México con Educación de Calidad, México Próspero y México con Responsabilidad Global. Para cumplir dichos objetivos, se plantean tres estrategias transversales: Democratizar la Productividad, Gobierno Cercano y Moderno y Perspectiva de Género.

En el PND se hace alusión a distintos factores poblacionales que pueden poner en riesgo que México alcance su máximo potencial y, como ya lo hemos mencionado previamente, entre los principales factores se encuentran el sobrepeso, la obesidad, la diabetes y la hipertensión. El trazo de reglas normativas relacionadas a la promoción de la salud y lo referente a estos factores se muestran en el cuadro 1.

Programa Sectorial de Salud 2013 - 2018

En el PND se indica qué debe hacer cada quién . Se le indica a la Secretaría de Salud que debe coordinar, reformular y aplicar sus propias reglas, para cumplir los objetivos del PND en cuanto al gigantesco tema de la salud poblacional. El

²⁸ Secretaría de Salud. (2013). Programa Sectorial de Salud 2013–2018. México: *Diario Oficial de La Federación*.

Programa Sectorial de Salud es este reglamento que, a través de sus propios objetivos, estrategias y líneas de acción, debe de cumplir los objetivos PND y los relacionados a la salud poblacional escritos en la Constitución.

PND 2013 - 2018	
Objetivo nacional	Objetivo nacional
Subjetivo	Asegurar el acceso a los servicios de salud
Estrategia 2.3.2	Hacer de las acciones de protección, promoción y prevención un eje prioritario para el mejoramiento de la salud.
Línea de acción	Instrumentar acciones para la prevención y control del sobrepeso, obesidad y diabetes.
Estrategia 3.4.2	Diseñar programas de actividad física y deporte diferenciados para atender las diversas necesidades de la población.
Línea de acción	Crear un programa de actividad física y deporte tendiente a disminuir los índices de sobrepeso y obesidad.

CUADRO 1: Trazo normativo del PND de promoción de la salud relacionado a la obesidad

Este tiene establecidos seis objetivos, entre los cuales se encuentra el de “consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades”. Dicho objetivo:

establece como eje prioritario para el mejoramiento de la salud, la promoción, la prevención de las enfermedades y la protección de la salud... respondiendo al mosaico multicultural que caracteriza al país. Una política pública exitosa de prevención, protección y promoción debe incorporar... intervenciones que cambien el actuar de las personas, en términos de su responsabilidad respecto a... actividad física y alimentación.²⁹

El trazo de reglas normativas relacionadas a la promoción de la salud referente a la obesidad se muestra en el cuadro 2.

²⁹ Secretaría de Gobernación. (2014). *Normatividad de comunicación*.

Programa Sectorial de Salud 2013 - 2018	
Objetivo	Consolidar las acciones de protección, promoción de la salud y prevención de enfermedades
Estrategía 1.1	Promover actitudes y conductas saludables y corresponsables en el ámbito personal, familiar y comunitario.
Líneas de acción	1.1.2. Generar estrategias de mercadotecnia social y comunicación educativa que motiven la adopción de hábitos y comportamientos saludables. 1.1.4. Impulsar la actividad física y alimentación correcta en diferentes ámbitos, en particular en escuelas y sitios de trabajo. 1.1.5. Reforzar las acciones de promoción de la salud mediante la acción comunitaria y la participación social.
Estrategía 1.2	Instrumentar la Estrategia Nacional para la Prevención del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes.
Líneas de acción	1.2.1. Desarrollar campañas educativas permanentes sobre la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles con cobertura nacional, estatal y local. 1.2.2. Fomentar la alimentación correcta a nivel individual, familiar, escolar y comunitario a través de estrategias innovadoras de mercadotecnia social. 1.2.3. Promover la actividad física a nivel individual, familiar, escolar y comunitario. 1.2.4. Promover la creación de espacios para la realización de actividad física.

CUADRO 2: Trazo normativo del Programa Sectorial de Salud de comunicación y promoción de la salud relacionado con la obesidad

Es crucial resaltar algunos conceptos contenidos en este reglamento, que sirven de eje para comprender los procesos de producción de las campañas de comunicación y promoción de la salud de las instituciones en México:

- La participación popular o comunitaria, como trasfondo metodológico para el desarrollo de estrategias que solucionen una determinada situación que afecte a la salud pública.
- La comunicación y la educación como estrategias y líneas de acción para generar campañas de promoción de la salud que ayuden a solucionar esta situación de salud pública.

- La mercadotecnia social como estrategia teórico metodológica que sustente las campañas y materiales difundidos en estas.

Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes

Este es el reglamento específico para los factores que impedirán a México “llegar a su máximo potencial” para el año 2030 y, como ya lo señalamos, forma parte de las reglas del Programa Sectorial de Salud 2013 – 2018. Se define como la “estrategia nacional para la construcción de una política pública nacional que genere hábitos de consumo alimenticio saludables y la realización de actividad física en la población, involucrando a los sectores público y privado, así como la sociedad civil”.²⁰

En este reglamento se concentran las estrategias de comunicación educativa para incidir en los comportamientos de la población y es en donde se estableció la prohibición publicitaria de productos considerados como no saludables previamente mencionada. También señala que “se debe considerar la necesidad de generar programas efectivos de comunicación educativa para difundir los mensajes informativos y fomentar la adopción de una alimentación saludable”, a través de:

- Llevar a cabo una campaña masiva en contra de la obesidad mediante mensajes positivos.
- Establecer el uso de la mercadotecnia social para el desarrollo de campañas orientadas al manejo de determinantes del sobrepeso y la obesidad.

- Generar procesos de participación social con énfasis en la participación comunitaria, entendiendo que una comunidad empoderada es aquella cuyos individuos y organizaciones aplican las habilidades y recursos en esfuerzos colectivos destinados a abordar las prioridades en salud.

Política de comunicación y publicidad

Hemos visto que, en el juego de la obesidad, la meta es combatirla a través de cambios de comportamientos en la población y las reglas institucionales señalan que se debería hacer a través de estrategias de comunicación educativa sustentadas en la mercadotecnia social y participación de la comunidad.

Las reglas están bastante claras hasta el momento, sin embargo, dejan un espacio muy abierto a la interpretación individual y, por ende, a una amplia gama de formas de juego, es decir, de propuestas de comunicación educativa -y en realidad esto probablemente sería lo más adecuado, como veremos más adelante- Por otra parte, dentro del mismo reglamento que hemos visto, existe otro cuyo objetivo es proporcionar a las autoridades un mejor control de las propuestas y acciones de comunicación educativa, aunque al mismo tiempo es una limitante de la creatividad y la variabilidad de acciones, que deberían ajustarse a los contextos de las audiencias si se pretende que exista un fenómeno persuasivo, así como el Programa Sectorial de Salud lo indica: “el mejoramiento de la salud, la promoción, la prevención de las enfermedades... respondiendo al mosaico multicultural que caracteriza al país”.

Las propuestas tangibles de campañas de comunicación educativa de la Secretaría de Salud, se llevan a cabo a nivel de los órganos y organelos, es decir, a nivel operativo. Aquí

entra al juego el reglamento de control titulado “Política de Comunicación y Publicidad del Gobierno de la República”. Esta política o reglamento es regulado por la Secretaría de Gobernación, la cual define sus funciones como “formular, regular y conducir la política de comunicación social del Gobierno Federal... así como orientar, autorizar, coordinar, supervisar y evaluar los programas de comunicación social de las dependencias del Sector Público Federal”.³⁰

La Secretaría de Gobernación tiene una serie de lineamientos que condicionan los procesos de producción, la naturaleza de las imágenes y estrategias de campañas de comunicación en salud. En este reglamento se establece desde la paleta cromática, la tipografía y los elementos del diseño en general que deben respetar quienes propongan material gráfico a nivel operativo y que son revisados en una cascada de pasos -que revisaremos en el siguiente capítulo- hasta alcanzar el nivel de la Secretaría de Gobernación, en donde se da el visto bueno final para entablar la campaña o la producción y difusión de material.

A manera de compendio, podemos resaltar que las reglas de comunicación y promoción de la salud en México señalan que una de las principales estrategias para hacer frente al problema de la obesidad poblacional es la realización de campañas de comunicación educativa, fundamentadas en mercadotecnia social y participación comunitaria, que deben mantenerse dentro del límite de las políticas de imagen del Gobierno Federal. El concepto de participación comunitaria lo abordamos breve pero concisamente cuando hablamos de Promoción de la Salud, por lo que, para tener un mejor conocimiento de las reglas del juego, veremos enseguida las bases de la comunicación educativa y la mercadotecnia social.

³⁰ Secretaría de Gobernación. (2014). *Normatividad de comunicación*.

Comunicación educativa

La Dirección General de Promoción de la Salud, el principal “órgano” de la Secretaría de Salud encargado de las estrategias de promoción mencionadas hasta el momento, define la comunicación educativa como “un campo de estudio sociológico que explora lo relacionado con la información: cómo y quién la genera, cómo se estructura y se construye al servicio de una institución o empresa, cómo esta es percibida, transmitida y entendida y el conocimiento sobre su impacto social”.

La Secretaría de Salud apuesta por la comunicación educativa para incidir en los comportamientos poblacionales relacionados a la obesidad, ya que la considera una herramienta que “con sustento en evidencia científica, busca la sensibilización de la opinión pública, fomentar la participación comunitaria, apoyar la capacitación formal de los trabajadores en salud y promover estilos de vida saludables”.

En teoría, se tiene conciencia del alcance de esta herramienta. Entre lo que se señala que se puede lograr a través de esta, se encuentra: aumentar el conocimiento y reforzar conocimientos, actitudes o conductas sobre temas de salud; influir en las actitudes personales o colectivas así como enseñar el beneficio del cambio de la conducta. Y lo que no se pretende es compensar las carencias de los servicios de salud; resolver todos los problemas ni difundir todos los mensajes por sí solos. Todo se encuentra descrito en los manuales operacionales, sin embargo, es diferente lo que sucede en el juego de la cotidianidad práctica de las instituciones, como veremos más adelante.

Para comprender mejor la comunicación educativa como herramienta para incidir en los comportamientos

poblacionales, podemos inferir su naturaleza a través los modelos de la comunicación en salud.

De antemano es importante tener en cuenta algunas premisas del comportamiento poblacional: el comportamiento se considera mediado por el conocimiento, es decir, lo que sabemos y lo que creemos afecta a la manera como actuamos. El conocimiento es necesario, pero no suficiente, para producir cambios de comportamiento;³¹ también desempeñan funciones importantes las percepciones, los sentimientos, la motivación, las aptitudes y los factores del entorno social.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud, existen modelos de comunicación en salud de nivel individual, interpersonal y comunitario. Entre los modelos de nivel individual e interpersonal, se encuentran: el Modelo de Creencias de Salud, el Modelo PRECEDE, el Modelo de Etapas del Cambio, el de Teoría del Aprendizaje Social, la Teoría de Acción Razonada, entre otros. La mayoría parte de razonamientos enfocados en el individuo de forma independiente; generalmente dejan de lado la posible influencia de los pares o grupos sociales a los cuales pertenece ese sujeto, ya que se basan en la premisa de que el individuo es la referencia más importante e inmediata para propiciar cambios de comportamiento en la población.³²

³¹ Al principio de la obra señalamos que hubo una época en la que informar era el elemento central en los modelos de comunicación, sin embargo, en la actualidad es necesario enfocarse en otros elementos persuasivos que van más allá de la información.

³² Ríos, I. (2009). *Influencias en el lenguaje y origen de un lector en la comprensión de mensajes de comunicación en salud y en la formación de actitud e intención hacia la realización de una conducta preventiva*. Barcelona, España: Universitat Pompeu Fabra.

Estos modelos suelen ser unilineales o verticales, donde el emisor es generalmente una institución que difunde un mensaje a través de distintos medios y el receptor, la población que se quiere alcanzar, adquiere un rol de receptáculo pasivo de la información. En estos modelos no existe una clara retroalimentación e intercambio de roles necesarios para que exista el fenómeno comunicativo y, por tanto, el fenómeno persuasivo. En concreto, son modelos principalmente informativos y no comunicativos, por lo que tienen una utilidad específica, pero no son del todo recomendables para los temas de obesidad y las ETN, debido a su compleja naturaleza.

Hipotéticamente, los modelos de nivel individual e interpersonal fueron utilizados hasta la primera mitad del siglo XX; durante la década de los sesenta aumentó el reconocimiento de la influencia de los factores sociales, ambientales, políticos, económicos, entre otros más en los comportamientos poblacionales. Es aquí donde entran en juego los modelos de comunicación en salud de nivel comunitario, como el de Comunicación para el Cambio, que basan su metodología en la participación de los receptores en los procesos de creación y difusión de los mensajes, de este modo, cumplen la doble función de audiencia y emisor, en un formato de modelo de corte más transversal.

En “Healthy People 2010”, una iniciativa del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, se destacan algunos atributos que se recomiendan para aspirar a una comunicación en salud efectiva, tomando en cuenta los elementos del contexto social del público al que van dirigidos los mensajes. Entre ellos, se encuentra que dichos mensajes deben tener una competencia cultural, es decir, considerar los diferentes grupos poblacionales y sus

características tales como: etnia, lenguaje, niveles de educación e incapacidades. Otro aspecto es que los mensajes producidos deben difundirse donde la audiencia pueda tener acceso al mensaje, es decir, se deben considerar los recursos disponibles para acceso a la información. En otras palabras, adaptar las estrategias de comunicación educativa al contexto de la audiencia, de forma similar a como lo hacen las compañías comerciales.

Una de las situaciones interesantes que nos encontramos a lo largo de esta investigación es la disyuntiva entre reglas y juego de la comunicación en salud, ya que suponíamos que el modelo predominante en la Secretaría de Salud era de carácter individual e informativo y, en general, al momento de jugar, así es. Sin embargo, en las reglas escritas del juego, encontramos muchas indicaciones para fundamentar las acciones en un modelo de corte participativo y transversal, lo que nos hace reflexionar sobre la distancia que existe al interior de las propias reglas normativas, así como entre el reglamento y el juego. Como ejemplo de esto tenemos lo que señala la Dirección General de Promoción de la Salud:

El modelo de comunicación social utilizado en México es, en su estructura básica, un añejo modelo desarrollado por las instituciones del sector público, que si bien se ha modernizado, mantiene como propósito central dar información a la población sobre los programas y acciones que las instituciones y dependencias llevan a cabo, informar de sus logros y los difunde a través de los medios masivos: radio, televisión y prensa. Sin embargo, la comunicación social enfrenta un problema por resolver: es unidireccional y sólo recientemente, con la incor-

poración de herramientas tecnológicas como internet, a través de sus blogs o redes sociales, promueve el retorno comunicacional, pero no consigue del todo identificar las necesidades de comunicación de la población para estructurar respuestas más efectivas de aprendizaje, formación y corresponsabilidad. Elementos que sí son retomados por la mercadotecnia social en su diseño metodológico, particularmente a través del uso estratégico de la necesaria segmentación de los públicos objetivos, lo que permite mayor precisión en la dirección de los mensajes y en la concreción de acciones.

Otra disyuntiva entre reglas y juego de la comunicación educativa son las recomendaciones de la Secretaría de Salud, en concreto la estrategia de las “7 C’s de la Comunicación”:

1. Captar la atención
2. Clarificar el mensaje
3. Comunicar el beneficio
4. Consistencia en la repetición/difusión
5. Capturar el corazón y la mente
6. Crear confianza
7. Conminar a la acción

Además, recomienda lo siguiente en cuanto a los mensajes:

- Los mensajes deben producirse con argumentos uno o dos niveles por debajo del nivel de estudios promedio del público objetivo.
- El argumento debe ser puntual, claro y sencillo, sin necesidad de una argumentación extensa que lo explique.
- Evitar el uso de términos o imágenes gráficas negativas que pudieran generar rechazo del mensaje.
- Deben ser construidos a partir de un objetivo claro y realista.
- Utilizar el lenguaje de la audiencia sin modismos.
- Ser relevantes, atractivos, significativos y estimulantes para la audiencia.
- Ser originales y novedosos, obteniendo y manteniendo la atención de la audiencia.
- Ser notables, demostrando el beneficio del nuevo comportamiento.
- Ser claros, fáciles de recordar.
- Ser concisos, precisos y soportados con evidencias científicas.
- Contener mensajes visuales y verbales consistentes.
- Mostrar eficazmente los incentivos (bienestar físico, económico, tiempo/ esfuerzo, psicológico, social y legal).

- Utilizar el entretenimiento como vía para comunicar mensajes de salud de una manera lúdica y atractiva.

Así mismo, se hace énfasis en el uso de herramientas que validen los mensajes, para conocer la percepción y opinión del público objetivo respecto a ellos, antes de su difusión e incluso de su producción. La validación debe enfocarse en los siguientes conceptos: atracción, entendimiento, identificación, aceptabilidad e inductividad. A la par, se enfatiza la importancia de la evaluación del producto final y sus procesos, para identificar si es necesario cambiar algún proceso y/o dar seguimiento a la calidad de algún programa o intervención.

Si en las reglas normativas del juego de la comunicación educativa existen indicaciones y recomendaciones tan claras para llevar a cabo estrategias que sean más eficientes en la persuasión poblacional ¿por qué nos topamos con estrategias compuestas casi exclusivamente con mensajes que replican sus formatos ineficientes, como aquel spot visto y obviado en el cine?

Mercadotecnia social

“¿Por qué no se puede vender la hermandad o el pensamiento racional como se vende el jabón?” se preguntó Wiebe en la década de los 50, dando paso a una nueva disciplina, la Mercadotecnia Social. Desde esa época, Kotler y Zaltman³³ la consideraban una herramienta prometedora para la planeación e implementación de cambios sociales. Y a pesar de los múltiples estudios que se han llevado a cabo desde entonces y de que ya es una

³³ Kotler, P., Zaltman, G. (1971). Social Marketing: An Approach to Planned Social Change. *Journal of Marketing*, 36, 3-12.

realidad en el reglamento del juego de la comunicación y promoción de la salud en México, no ha pasado de ser una promesa que no acaba de consolidarse.

La etimología de la palabra *mercadotecnia* es mixta, incluyendo su origen latín ‘mercatus’ que significa *mercado* y el griego ‘teknia’ que significa *cualidad técnica*. La mercadotecnia se asocia casi exclusivamente a los negocios, a la economía y/o a las ventas; es un hecho que las incluye. Sin embargo, es importante resaltar su núcleo que es el mismo que el del fenómeno comunicativo: el proceso de intercambio. Es decir, el hecho indispensable de que existan dos o más partes y que cada parte tenga algo que intercambiar y la capacidad de comunicación a través de un código en común, como vimos en el Capítulo 1.

A lo largo de la obra hemos hecho hincapié en la importancia del conocimiento del otro en la comunicación y promoción de la salud, ya que, de acuerdo con las bases del fenómeno comunicativo y persuasivo, debería ser el fundamento del desarrollo de la planeación, ejecución y análisis de estas estrategias.

La base de las estructuras y funcionamiento de las sociedades es el intercambio de bienes, ideologías y sistemas sgnicos. El dominio de las premisas que entran en juego en los intercambios conduce a la especialización de habilidades y conocimientos, a esto se le denomina *gerencia*. La gerencia analiza las peticiones, actitudes y comportamientos de la otra parte con quien se realizará el intercambio, que son las bases para las estrategias de desarrollo, promoción y venta de nuestros productos.

Actualmente el concepto del intercambio de bienes se asocia casi exclusivamente a las ventas (un producto a cambio de

un bien monetario), sin embargo, existe una clara diferencia entre la mercadotecnia y las ventas con base a su aproximación a la otra parte. Desde el punto de vista de las ventas, la aproximación ocurre cuando se tiene a priori un producto y después se busca un cliente con quien hacer un intercambio. Por otro lado, en la mercadotecnia se intenta conocer en primera instancia a la otra parte, sus necesidades y solicitudes, y después elaborar el producto de intercambio. Entonces, la aproximación de las ventas un proceso relativamente más sencillo y rápido que el de la mercadotecnia.

Hemos señalado que la obesidad poblacional pone en riesgo el *status quo* de grupos de poder, representados en este ejemplo por la Secretaría de Salud, lo que vuelve urgente un intercambio de este grupo con la población. Presuponemos, entonces, que el bien que pretende intercambiar la Secretaría de Salud es la ideología donde vivir con obesidad no está bien y a cambio pretende obtener de la población un cambio social, representado por modificaciones en los comportamientos y actitudes para prevenir o corregir la obesidad y así, continuar trabajando y produciendo. Al ser la Secretaría de Salud la parte más interesada en realizar el intercambio, lo apropiado sería llevar a cabo una adecuada gerencia y elegir aproximarse a la población, ya sea en forma de ventas o mercadotecnia. Aunque cabe recalcar que estos métodos, a la par de otros mencionados a lo largo de la obra, no son opuestos sino que, en la vida cotidiana, terminan combinándose y complementándose.

Si la gerencia y la aproximación de ventas o mercadotecnia para el cambio social se hubiesen llevado a cabo adecuadamente, entonces los *spots* de promoción de la salud transmitidos en el cine y otras plataformas son consecuencia del conocimiento de la población con la

que se pretende el intercambio, pues son, a su vez, medio del mensaje y parte de la estrategia de promoción. Utópicamente, deberíamos asumir que las estructuras narrativas, los contenidos argumentales y artísticos de los videos así como las estrategias de difusión en distintos medios son consecuencia de un conocimiento profundo de la población mexicana por parte de la Secretaría de Salud. Pero desgraciadamente, esto no es así.

Otro punto que se debe resaltar es la confusión entre la mercadotecnia social y la publicidad social. Esta última está enfocada en la difusión de información, como sucede en las instituciones de salud pública, sin embargo, se debe tomar en cuenta que la publicidad social tiende a dejar de lado la evaluación del impacto y aceptación de los mensajes por parte del público y que, por tanto, es difícil determinar si se alcanza el objetivo de la persuasión para determinados comportamientos. Esto se comprueba fácilmente con los instrumentos de evaluación de la Secretaría de Salud, que generalmente se limitan a medir cuantitativamente el material producido y difundido en los diferentes centros de salud u hospitales, pero se desconoce el efecto o impacto en la población objetivo. Más allá de esta forma institucional, la mercadotecnia social incluye el diseño, la implementación y la evaluación de programas creados para influir en la ideología social.

Subrayamos nuevamente que la mercadotecnia social ya se encuentra en el reglamento de la Secretaría de Salud, que la define como “el uso de principios y técnicas de mercadotecnia para influenciar a la audiencia meta a aceptar, rechazar, modificar o abandonar algún comportamiento para el beneficio del individuo, del grupo o de la sociedad; a través de información motivadora y a

la vez atractiva, orientada hacia los distintos grupos de la población”.⁸ Los principios de la mercadotecnia a los que se refiere esta definición son: identificar las necesidades y deseos de los clientes potenciales; satisfacer estas necesidades y realizar el intercambio con el beneficio para el vendedor y el comprador.

Contrario a lo que sucede en el juego cotidiano de la comunicación en salud al interior de las instituciones, en donde se conceptualiza la mercadotecnia social como un proceso rápido y poco planeado, que se dedica solo al uso de medios masivos de comunicación, el reglamento señala que es un plan integrado de intervenciones orientadas hacia la obtención de un beneficio social.

Los fundamentos teórico-metodológicos de la mercadotecnia social son una herramienta muy importante en el ámbito del cambio social y, en especial, en el área de la salud pública, ya que si es llevada de manera adecuada, puede orientar sobre las causas y posibles soluciones a problemáticas relacionadas con el comportamiento poblacional, en las que se pretende incidir a través de comunicación y educación para persuadir ; como sucede en el reglamento de la comunicación y promoción de la salud en México.

Elementos básicos que determinan la mercadotecnia social

Producto. Es tanto el bien que se pretende intercambiar, incluyendo su valor agregado, así como el bien que se pretende obtener. En este caso, una ideología a cambio de un comportamiento y los beneficios de ese comportamiento. Ideología como bien

de intercambio: “vivir con obesidad no es saludable”. Valor agregado: “vivir sin obesidad te permitirá sentirte bien contigo y con los demás”. Bien de intercambio: “comer saludablemente y hacer ejercicio”.

Precio. Es el costo del intercambio y de la adopción de los bienes obtenidos en este. El precio abarca costos que van más allá de lo económico.

Si la población “le compra” la ideología a la Secretaría de Salud, e intercambia la adopción del comportamiento de realizar actividad física, el precio incluye el gasto de llevarla a cabo, desde lo invertido en el transporte, el tiempo que se requiere, los acuerdos en el hogar (como los de un ama de casa para que le cuiden a los niños mientras ella sale a hacer ejercicio), etc.

Plaza. Es el espacio en donde suceden tanto el intercambio, como la adopción del bien del otro, incluyendo servicios asociados a estos espacios.

Si se pretende realizar el intercambio de ideología por comportamiento a través de videos, la plaza es tanto el sitio en donde se difunde el video, como el sitio en donde la población irá a realizar esa actividad física y a comer saludablemente. Entonces, los servicios asociados a los espacios incluyen que los sitios de actividad física estén en un estado óptimo para llevarla a cabo; también que exista disponibilidad de alimentos considerados saludables a un costo accesible para la población (recordemos que en México es mucho más caro comer una ensalada que una rebanada de pizza).

Promoción. Es la integración de estrategias, en este caso de comunicación educativa, para lograr el intercambio y que ambas partes se beneficien de este. Se insiste en que las estrategias parten del conocimiento de la otra parte.

Es importante señalar, también, que se debe hacer una clara definición del público al que van dirigidas las estrategias de mercadotecnia social. Existe un público primario, que es a quien se dirigen directamente los mensajes; el público secundario es el que influye directamente sobre el público primario, como familiares, profesores, jefes laborales, etcétera; el público terciario también influye sobre el público primario, pero a nivel macro, como los líderes comunitarios.

En síntesis, de acuerdo al reglamento de la comunicación educativa en México, la mercadotecnia social es el fundamento en el cual deberían basarse las estrategias de comunicación y promoción de la salud. Como veremos en el siguiente capítulo, esto no se evidencia en la cotidianidad de las instituciones, en donde, por diversas circunstancias políticas, metodológicas, temporales, económicas y/o de otra índole, se tiende a obviar este fundamento y pasar directamente a la puesta en marcha de las campañas de promoción, lo que las lleva al fracaso en el intento de alcanzar una determinada cultura saludable.

4. El Juego

Hemos visto ya las generalidades y puntos principales del reglamento de la comunicación y promoción de la salud en México. Ahora veamos cómo la Secretaría de Salud se desempeña en este juego. Para comprender en mayor profundidad lo anterior, es necesario observarlas entrañas de la institución para atestiguar de cerca la puesta en circulación de las significaciones, reinterpretaciones y adaptaciones de las reglas, así como los procesos estructurales e interpersonales que siguen quienes conforman la Secretaría.

A través de un trabajo etnográfico, nos adentramos en el proceso de planeación y producción de una campaña de comunicación y promoción de uno de los órganos que conforman la Secretaría de Salud Federal. Nuestro trabajo consistió en participar en diversas juntas y grupos de discusión, así como realizar entrevistas a tomadores de decisión involucrados en la producción de dicha campaña, cuyos datos específicos, así como las identidades de las personas con las que se trabajó, se mantendrán en el anonimato.

Cabe aclarar que los procesos de la producción de ese tipo de campañas (juego), dentro del órgano en el que se trabajó, son similares en los demás órganos y organelos que conforman la Secretaría de Salud, por lo que se consideran representativos de lo que sucede en el resto de la institución.

Al planearse una campaña de comunicación y promoción de la salud, se sigue una secuencia de pasos al interior de la Secretaría, que ilustramos en la figura 3. En primera instancia, tenemos el programa o tema, del

que se planea hablar. Pueden ser obesidad, cáncer, VIH o cualquiera de los considerados problemáticas de salud pública. Los programas son coordinados por direcciones y jefaturas, que son los órganos y organelos de la Secretaría de Salud. Este es el punto de partida de la planificación y propuestas de las campañas.



FIGURA 3: Secuencia de pasos de autorización de campaña de comunicación y promoción de la salud.

Esos órganos suelen tener un departamento anexo de comunicación social, generalmente denominado “de vinculación”, que sirve de filtro entre el programa y el siguiente nivel en la cadena de mando y autorización. Luego de producirse las propuestas de campaña en el programa, se envían al departamento de vinculación para que se decida si se aprueba o no enviarlo al siguiente nivel. En el programa suelen trabajar profesionales de la salud de corte clínico, en especial médicos, aunque —en mucho menor medida— también participa personal de nutrición o psicología, entre otros. El personal de los programas no suele tener experiencia en estrategias de promoción o comunicación y mucho menos en metodologías participativas o de mercadotecnia social, mientras

que en el departamento de vinculación generalmente trabaja personal con formación en diseño gráfico y comunicación, quienes, de forma similar al personal de los programas, reciben su aprendizaje en temáticas de salud pública de forma empírica, es decir, una vez que entran a trabajar a la institución.

Si el departamento de vinculación no aprueba la propuesta, se regresa al programa para ajustes y modificaciones. En cambio, si decide aprobarla, se envía para otra evaluación a la Dirección General de Promoción de la Salud, en donde el proceso se repite. Aquí, se determina si se envía al siguiente nivel, que es el de la Secretaría de Gobernación, en donde se replicará una vez más el proceso de revisión y evaluación. Si la propuesta se aprueba hasta este último nivel, se envía de regreso en cascada a los pasos antes descritos para comenzar su difusión, que se lleva a cabo en dos niveles: en la Dirección General de Promoción de la Salud y/o a nivel de los programas.

En toda esta secuencia de pasos entra en juego uno de los principales factores que determinan la naturaleza de las campañas: las relaciones interpersonales con sus respectivos elementos de ego, de formación académica, de poder, de amistades y enemistades, “compadrazgo”, entre muchos otros. El siguiente testimonio constituye un buen ejemplo:

Yo he tenido problemas personales y profesionales, porque a veces mandamos propuestas que no salen y yo no entiendo por qué. Lo que pasa es que se maneja el doble discurso, porque ellos te piden que venga de cierta forma o de cierto proceso y tú lo cumples y te quedas ¿entonces por qué no salieron mis propuestas? Nunca ha habido una res-

puesta concreta. Es muy evidente que la gente de comunicación social tiene preferencia por ciertos programas y obstaculizan que salgan los materiales de programas con los que no tienen afinidad, sin importar que se cumplan los procesos que ellos piden. Entonces lo que se trabaja durante años no tiene nunca trascendencia ni validez, porque nunca pasó el primer filtro y ni siquiera nos avisan por qué (“Gaby”, coordinadora de un programa de la SSA).

Luego de una revisión de las secuencias de aprobación de las campañas y de las relaciones interpersonales que hay en ellas, identificamos las cuatro principales áreas de oportunidad (que se traslapan entre sí) que influyen directamente en el éxito de las campañas de comunicación y promoción de la salud: 1) el perfil profesional de los involucrados en la planeación y producción; 2) el factor económico-administrativo para producir dichas campañas; 3) el desconocimiento o falta de aplicación de metodologías participativas, incluyendo la mercadotecnia social y 4) las limitaciones impuestas por las políticas de control de la imagen institucional.

Perfil de los involucrados

En cuanto a este factor, se comentó lo siguiente:

En los programas te piden cierto perfil, mucha gente incluyendo a los de Recursos Humanos, piensan que debes ser médico especialista para hacer una campaña de promoción de la salud. Una campaña no inicia cuando hay un evento, sino comienza cada año en enero porque te solicitan un brief, en donde debes definir cómo se llama tu

campaña, en qué fechas la harás, para quién va dirigida, para quién no va dirigida, cuál es tu imagen principal, cuales son los elementos que quieres que se puntualicen y cuáles son los fundamentos de tu campaña. Pero finalmente nosotros nos dedicamos a los programas de salud; los de comunicación social deberían ser los encargados de producir ese material porque en los programas lo que abundan son médicos, enfermeras, etcétera, y producir material promocional no es nuestra mejor habilidad (“Sandra”, supervisora de un programa de la SSA).

Aunque no es parte de las reglas normativas, sí es parte de las reglas sociales el hecho de incluir en las reuniones de decisión de las campañas a personal casi exclusivamente médico, lo que invariablemente determinará la naturaleza tanto de las campañas como de sus productos, como lo son los *spots*. Por ejemplo, en el proceso del que fui partícipe, se estaban planeando materiales gráficos para adolescentes, por lo que propuse excluir términos médicos y académicos, y utilizar, en su lugar, lenguaje coloquial, incluso el doble sentido y palabras o frases del argot urbano mexicano como *güey*, *está cañón* y *no manches*; así como omitir mensajes impositivos que distraen la recepción de los mensajes por parte de los adolescentes, como “haz ejercicio” o “come sanamente”. Sin embargo, la indicación de quienes tomaban las decisiones fue: “siempre que hagas un material de promoción de la salud, debemos de poner mensajes de lo que la gente debe y no debe hacer, porque es nuestro trabajo, decirle a la gente lo que le puede hacer daño y cómo evitarlo”.

¿Será cierto que, a estas alturas del juego, y en el contexto social contemporáneo, la población desconoce los

hábitos y comportamientos que afectan su salud? ¿Acaso al colocar leyendas por doquier que digan “come sanamente”, la gente va a comer sanamente? O lo cuestionamos a la inversa, ¿en caso de no colocar este tipo de frases, la gente olvidará “comer sanamente”?

Al parecer dentro de las instituciones, se toma como una certeza el hecho de que informando -únicamente- se alcanzarán cambios de comportamiento.

Cabe señalar que mi propuesta de incluir un lenguaje fresco y juvenil en los materiales de promoción dirigidos a adolescentes fue rechazada en el departamento de vinculación, ya que ese tipo de lenguaje no refleja la imagen institucional, por ejemplo, no es bien visto utilizar el doble sentido; además, se dio la indicación de no utilizar frases coloquiales, sino términos que “reflejen nuestro status como expertos de salud pública”: utilizar el término *hematoma* y no *moretón* o *cefalea* y no *dolor de cabeza*, así como incluir todas esas frases imperantes que se propusieron excluir, ya que era parte de nuestro trabajo “sensibilizar a la población, para aumentar su conocimiento y así, cambiar su comportamiento”.

Factor económico-administrativo

Además de proponer campañas con bastante tiempo de anticipación (tiempo en el que pueden cambiar los factores contextuales de la población objetivo, en caso de hacerse con metodología participativa y que ello determine el éxito o fracaso de la campaña), se deben esperar diversos procesos paralelos para el financiamiento, los cuales no siempre son acordes a los tiempos de aplicación y divulgación. En consecuencia, es común escuchar quejas

por parte del personal de los programas de la Secretaría de Salud, ya que, en muchas ocasiones existen, propuestas innovadoras basadas en el reglamento y que tienen buenas posibilidades de impactar en la población a la que van dirigidas, pero por falta del financiamiento, no pueden llevarse a cabo o, en su defecto, deben modificarse debido a cuestiones temporales y de logística, lo que obliga a conformarse con campañas tradicionales que -se sabe de antemano- están destinadas al fracaso.

El reglamento del factor financiero tiene como consecuencia que, en varias ocasiones, se inicien las campañas sin ningún tipo de apoyo económico, lo que, a su vez, ocasiona que el personal o proveedores de servicios tengan que cobrar meses después por su trabajo y que, por tanto, pierdan la motivación por el producto promocionado. Otro escenario que sucede de forma frecuente es la aparición de *ventanas temporales* de recurso financiero disponible, lo que provoca que, en cuestión de días, deba proponerse toda una campaña de promoción de la salud de nivel nacional y que, por obvias razones, no pueda llevar un proceso adecuado de planeación, como el que exige la mercadotecnia social.

Finalmente, el factor financiero condiciona los medios en los que se difunden los mensajes de comunicación y promoción de la salud: los limita generalmente a materiales impresos, como posters y trípticos, que se conciben como medios para cualquier escenario y contexto, pero solo funcionan en casos muy específicos. Otro testimonio al respecto ilustra dicha situación:

Sabemos que el material impreso no es la mejor opción para acercarte al adolescente, pero es la

única opción que tenemos... impreso. Porque es lo que se controla, dura y se usa en unidades de salud, en la escuela y en otros lados. Y eso en caso que se usen, porque muchas veces se quedan arrumbados en bodegas. Los impresos, los carteles etcétera, no son el mejor medio de difusión, es dinero tirado, pero es para lo que hay presupuesto. Es decir, no nos dejan meter playeras, gorras o pulseras o que nosotros de manera libre entremos a las redes sociales. Porque en redes sociales pasa exactamente lo mismo, el mismo filtro. Por ejemplo, si tú quieres mandar algo en *twitter*, llenas una solicitud, tú los escribes, pasan con ellos, te hacen correcciones, regresan, los vuelves a mandar y entonces a esperar a ver si pasan. Porque nosotros de manera abierta no podemos expresar una opinión, excepto los directores generales. Por ejemplo, hay otras formas de difusión que usamos en la comunidad, como con los chavos usamos mucho sociodrama hacen hasta desfiles de disfraces... y es como ellos traducen los temas de salud para ellos y para su comunidad, pero no podemos por ejemplo, grabarlos para meterlos como campañas masivas. Es muy complicado proponer cambios y mejoras, porque los mismos administradores, responsables de programas, los financieros, etcétera; si llegas con ellos diciendo “yo necesito otro medio para acercarme a la población”, te dicen “no porque en tu catálogo de gastos solamente tienes autorizados dípticos y trípticos y hazle como quieras”. Si quieres manejar otra estructura, otros lenguajes diferentes a los dípticos y trípticos, la respuesta siempre es ¡no! Entonces, si quieres hacer algo, hazlo pero dentro de este cuadrito y no puedes salirte, porque si te sales, no

te lo pagan. Creatividad puede haber y propuestas de generar mejores mensajes, pero el cuadrito en el que estamos delimitados, pues no es tan fácil (“Paty”, coordinadora de un programa de la SSA).

Falta de aplicación de metodologías participativas y la mercadotecnia social

Al inicio de la planeación de la campaña en la que participé, se preguntó si se realizaría algún tipo de estudio de mercadotecnia social o similar, para conocer mejor el contexto del público primario y las estrategias de promoción del producto que se pretendía intercambiar. La respuesta fue negativa:

No, no se utiliza la mercadotecnia social, eso es complicado. Lo que pasa es que no hay tiempo para eso, hay que aprovechar las ventanas financieras. Además, debido a que el personal de la Secretaría tiene un perfil más clínico, dudo mucho que se tenga un concepto de lo que es la mercadotecnia social. Como institución no se ve así, porque es tener la visión de dejar en la mente de alguien una idea y que esa idea le va a generar que se mueva y para generar eso en una persona, se requieren muchas herramientas que nosotros como institución no tenemos. Entonces se trata de compensar esa falta de área con asesores, pero es algo complicado, porque si el titular del área o departamento no sabe o no entiende qué es la mercadotecnia social, es muy complicado que sepa el perfil que debe de tener una persona y el cómo utilizar esas habilidades (“Luis”, supervisor de un programa de la SSA).

Es aquí donde se hace más evidente la discrepancia entre el reglamento y la forma de juego al interior de la Secretaría de Salud, ya que en la cotidianidad de los programas sí se realizan actividades que podrían considerarse participativas y/o basadas en los fundamentos de la mercadotecnia social, sin embargo, es en el momento del apoyo para su replicación o sostén , en donde surgen las contradicciones:

Nosotros hemos hecho grupos focales y por ejemplo invitamos a gente que están formados como promotores de la salud y haces muchísimas actividades con ellos para sacar propuestas de campañas y materiales de promoción, para que al final, te los rechacen los filtros... pues te quedas pensando, ¿no? Por ejemplo una vez en Guerrero se trabajó con jóvenes para que sacaran una campaña de promoción y después de mucho trabajo, propusieron sacar el *slogan* “aguas con la torta”, porque la torta les representa los alimentos que no son sanos. Y hubo como 15 *slogans* distintos, como otro que hablaba de las llantas. Los traes acá (a nivel Federal de la Secretaría de Salud), los revisan los nutriólogos y ellos dicen “no nos gustan... es que no pueden decir *torta*, deben de decir *alimentos poco saludables*”. O sea, ¿qué adolescente habla así? Hay un sesgo desde el operativo, desde los programas y su departamento de vinculación. Son tomadores de decisión y depende a quién les preguntes y en qué momento. Todo es muy subjetivo. Entonces tú hiciste todo un show, llevaste a la gente, conseguiste los materiales, te comprometes con la gente, pero luego se los llevas a los tomadores de decisión, que saben mucho de nutrición pero les cuesta entender que ese es el pensamiento de la gente. Tienen una visión muy limitada y clínica (“Gaby”, coordinadora de un programa de la SSA).

Otro factor que se evidenció fue la falta de conocimiento o confusión sobre los elementos básicos que componen la mercadotecnia social, esto es, se desconoce en alguna medida producto, el precio, la plaza y por ende, las mejores estrategias de promoción.

Cuando se preguntó por el objetivo de la campaña en la que participé, la respuesta fue “cambiar el comportamiento de los adolescentes”. Desde mi punto de vista, ese era un objetivo muy ambicioso, ya que, como se ha señalado, el fenómeno persuasivo que lleva a cambios de comportamiento en las poblaciones es un proceso muy complejo que no se consigue a través de esfuerzos aislados, sino que es consecuencia de estrategias conjuntas que generalmente requieren de mucho tiempo.

Cuando se preguntó por la forma de comprobar si se cambió o no el comportamiento de los adolescentes, la respuesta fue “por la cantidad de adolescentes que vayan al centro de salud”. La cantidad de gente que acude a los centros de salud suele ser el indicador de los distintos programas de la Secretaría, para saber si se tuvo éxito o no en sus distintas campañas; así se comprueba la premisa del modelo unidireccional y paternalista de comunicación y promoción de la salud en las instituciones, en donde se replica el modelo de la consulta clínica, como lo señalamos en la sección “Promoción de la Salud” del Capítulo 1. En palabras de las personas involucradas:

Nosotros nos dedicamos a difundir. Los materiales son informativos no formativos. Te das por bien servido con mínimo que la gente conozca que existe el tema de los materiales. No sabes si lo entendió o no, si hay una retroalimentación, ni nada. No

llegamos a ese grado, a lo mucho que sepan que existe, que sepan que hay teléfonos o que vayan al centro de salud y hasta ahí. En la parte comunicativa llegamos a ser solamente informativos. El objetivo principal de los materiales de promoción no es que coman frutas y verduras o que hagan ejercicio, sino que acudan a los centros de salud. Mi objetivo primario es promover un estilo de vida saludable, esa es mi máxima; pero para llegar a ello, se debe hacer que la gente se acerque a quien le da el estilo de vida saludable, eso se les da en los centros de salud (“Jaime”, director de un programa de la SSA).

Políticas de control de la imagen institucional

En el capítulo anterior señalamos la existencia de la “Política de Comunicación y Publicidad del Gobierno de la República”, que es la que regula todo lo relacionado con contenidos estéticos y argumentales de las campañas de comunicación en salud. Aquí, se continúan identificando las discrepancias al interior de los reglamentos del juego de nuestro interés, ya que, por una parte, se menciona que se deben tomar en cuenta los elementos del contexto social del público al que van dirigidos los mensajes, para promover la identificación y apropiación de estos; por otro lado, existe una limitación en el margen de movimiento creativo del diseño de las imágenes gráficas. En este sentido:

Como somos parte del gobierno, tenemos que apearnos a la normatividad de ciertos diseños, no podemos ser tan libres. Antes, como no había un manual de imagen institucional, cada departamento podía contratar diseñadores por fuera. Pero a partir del gobierno de Felipe Calderón dijeron que no,

que un gobierno federal tiene que tener una imagen unificada en todos los niveles para identificar hasta donde tiene el control.³⁴ Es cuando todas las páginas de gobierno comienzan a parecerse, que el mismo tipo de letra o colores que hace que todas las imágenes de las campañas se parezcan mucho entre sí. A partir de ahí se pierde la parte creativa y la posibilidad de meter nuevos diseños. No hay libertad para argumentar del por qué sí o por qué no de ciertas campañas e imágenes. Cuando uno observa bien, el material de difusión es muy uniforme, muy parco. Todas las campañas se parecen, tienen una estructura muy simple y realmente no se analiza si llega o no llega la información o si tiene el efecto que uno desea. Tampoco nos permiten utilizar imágenes que nosotros consideramos que reflejan lo que queremos que reflejara de nuestros programas. Pero cuando cambia la administración, cambia el manual de imagen institucional y a volver a comenzar todo desde cero (“Marlene”, coordinadora de un programa de la SSA).

Esta situación coincide con las áreas de oportunidad antes señaladas, en especial con los métodos participativos fundamentados en la mercadotecnia social:

El problema de la participación en la institución es que, si abres convocatorias, abres la expectativa de la gente que va a participar. Nosotros hicimos

³⁴ Con esto es imposible dejar de pensar en lo señalado por Gruzinski (1994, Fondo de Cultura Económica), sobre la Inquisición Mexicana de 1571. En este año se instaló un tribunal de la Inquisición en la Ciudad de México. Este tribunal daba el poder a la Iglesia para “ejercer su vigilancia, controlar y castigar”. Durante más de 200 años se designó a eclesiásticos para vigilar las imágenes de cualquier origen. Estos eclesiásticos se auxiliaban de expertos en imagen denominados “Celador de la imaginería; Examinador de las imagerías”; o como “Expurgador de imágenes”.

un concurso hace tres años que salió en todos los Estados, que hicieron sus esfuerzos con los chavos, mandaron sus propuestas de la imagen de la campaña y resulta que la imagen que ganó, recibió una observación (amonestación). Porque en lugar de ver la calidad de la foto, el concepto de la imagen, la observación fue “es que ¿por qué todos están de azul?” y por más que les dijimos que fue espontáneo y coincidió que los que se tomaron la foto, todos fueron de azul. Nos dijeron “es que no queremos que estén de azul”. Entonces queda ese dolo contra la institución, porque hacen todo por participar, por tomar fotos, por conseguir a los chavos y a la hora de la hora, no lo aprueban ni lo aprecian (“Gaby”, coordinadora de un programa de la SSA).

Cumplir con el reglamento del control de la imagen institucional, el presupuestal y el resto de factores señalados anteriormente ha llevado a que las imágenes gráficas que sirven como medio para los mensajes de comunicación y promoción de la salud de la Secretaría se elaboren desde un carácter universal. Esta universalización de la imagen gráfica tiene como objetivo optimizar recursos, al intentar que la población identifique una imagen como característica de la institución. Sin embargo, esta iconización de las instituciones requiere a su vez un proceso complejo y bien estructurado que, con el cambio de administración cada 6 años, será difícil de alcanzar.

La lógica de los tomadores de decisiones sobre esta universalización de la imagen gráfica recae en no dejar fuera a ningún grupo poblacional, pero, en la práctica cotidiana, tiene un efecto contrario, ya que deja fuera la gran variabilidad de los múltiples contextos socioculturales de

las poblaciones del país, lo que afecta los factores de identidad y de apropiación de los mensajes. En cambio, lo que buscan las compañías comerciales es el mayor factor de identidad para un mayor apropiamiento de las marcas.

En el proceso del que fui testigo, se propuso una ilustración que no fuese una representación específica de un adolescente, más bien una figura humanizada, sin rasgos definidos. El siguiente testimonio lo aclara bastante:

¿Has visto a “Promi”? Es el monito de Promoción de la Salud que se usa para las campañas desde la pandemia de influenza. Debemos usar algo así. Lo que pasa es que no existe un solo tipo de adolescentes, tenemos darketos, cadeneros, emos y muchos así. Entonces, para no dejar a alguno de estos grupos fuera de la imagen, es mejor hacer una imagen que no deje a nadie afuera. Lo que pasa es que, si algunos se identifican con la imagen y otros no, puede resultar contraproducente y toda la población reconoce a Promi. Sabe quién es y sabe que da consejos de promoción de la salud y que es de la Secretaría de Salud (“Marlene”, coordinadora de un programa de la SSA).³⁵

³⁵ Después de que Hernán Cortés llevó a cabo su estrategia de reemplazar las imágenes de ídolos de los indígenas por las imágenes cristianas, hubo una sequía grave. Los indígenas le dijeron a Cortés que les pidiera a sus ídolos que hicieran llover. “Tú nos quitaste nuestros dioses, ahora pídele a los tuyos que traigan lluvia” [Agregar referencia de Gruzinski].

Gran parte del personal involucrado en áreas de Promoción de la Salud de la Secretaría tienen la idea general de que la población se identifica con Promi y que con difundir carteles y trípticos donde aparece este personaje, es suficiente como acto de promoción de la salud y que, por ende, las personas seguirán sus consejos. Esto es una gran carga de responsabilidad para esa ilustración. Es común encontrarse en los baños de hospitales y oficinas institucionales, carteles con la imagen de Promi donde indica la importancia del adecuado lavado de manos aunque en los baños no haya agua o jabón. Así como los indígenas le pedían a Cortés que intercediera ante sus ídolos por lluvia, sería lógico pedirle a Promi que si quiere que la población se lave las manos, primero se asegure de que haya agua y jabón.

Preguntamos si se había realizado un estudio para evaluar la aceptación de “Promi” y la respuesta no nos sorprendió : “no, nunca se ha hecho un estudio al respecto de los materiales en la Secretaría, pero es lógico que todo mundo lo conoce, ¿no?”. Cabe señalar que luego de obtener esta contestación, , hicimos una pequeña encuesta y encontramos que quienes conocían a “Promi” era casi exclusivamente el personal de la Secretaría de nivel federal, ya que, ni en las secretarías de salud de los estados, ni en la población abierta, se le reconocía o recordaba.

5. Reflexiones finales

La responsabilidad que se le otorga en la actualidad a las campañas de comunicación y promoción de la salud es enorme. Su encomienda consiste en cambiar una tendencia cultural de actitudes y comportamientos en una población que cada vez se hace más grande, por lo tanto, más heterogénea y más difícil de persuadir a través de métodos convencionales u obsoletos.

La comunicación en salud, concebida como el conjunto de estrategias de comunicación basadas en la audiencia, para un cambio social sustentable de los elementos que componen la salud de individuos y comunidades, representa una gran herramienta para aquellas instituciones, organizaciones y personas interesadas en la promoción de la salud, si se sabe aprovechar la amplitud del concepto de las estrategias.

A pesar de las múltiples herramientas teóricas y de las recomendaciones que incluso ya forman parte de las reglas del juego, las campañas de comunicación y promoción de la salud producidas por las diversas instituciones de salud pública de México deberían representarse en una amplia gama de opciones, contenidos estéticos y argumentales, ajustadas al contexto en el que se producen e interpretan. Sin embargo, la evidencia cotidiana nos muestra campañas, cuyos contenidos y estructuras se limitan al contexto del emisor-institución, que generalmente no alcanzan su objetivo persuasor.

El objetivo de esta obra ha sido comenzar a desenmarañar, a través de un soporte teórico, conceptual y etnográfico, la complejidad de la naturaleza de este tipo de

campañas; desde su método de producción, la construcción de sus mensajes, los medios y formas de difusión. Se intenta brindar una importancia central al público objetivo, quien, desde hace algún tiempo, ha dejado de ser un receptor pasivo de información y se ha vuelto parte del proceso de comunicación al intercambiar roles entre el emisor y receptor; es así, al mismo tiempo, público, productor y promotor.

En nuestro país aún existe un largo tramo por recorrer en la homologación de las reglas del juego, ya que existen reglamentos que parecen opuestos, y son los que determinan la naturaleza de las campañas de comunicación y promoción de la salud. En este mismo tenor se encuentra la amplia distancia entre el reglamento y su aplicación por los involucrados que conforman a las instituciones.

Las áreas de oportunidad detectadas en los procesos de las campañas (perfil profesional de los involucrados, el factor económico administrativo, la falta de aplicación de metodologías participativas, limitaciones de imagen institucional) se muestran para que sean aprovechadas no únicamente por la Secretaría de Salud, sino por cualquier institución de salud pública, así como organizaciones de la sociedad civil, instituciones formadoras de recursos humanos, como las universidades y sus distintos programas académicos.

Como reflexión final, podemos señalar que las bases teórico-conceptuales abordadas en esta obra, tanto del fenómeno comunicativo, el fenómeno persuasivo, de la comunicación y promoción de la salud, podrían ser una herramienta de mucha utilidad no solamente para quienes se dedican a la salud pública, sino para cualquier temática y disciplina que apunte a un cambio social.

La responsabilidad que se le otorga en la actualidad a las campañas de comunicación y promoción de la salud es enorme. Su encomienda consiste en cambiar una tendencia cultural de actitudes y comportamientos en una población que cada vez se hace más grande, por lo tanto, más heterogénea y más difícil de persuadir a través de métodos convencionales u obsoletos.

La comunicación en salud, concebida como el conjunto de estrategias de comunicación basadas en la audiencia, para un cambio social sustentable de los elementos que componen la salud de individuos y comunidades, representa una gran herramienta para aquellas instituciones, organizaciones y personas interesadas en la promoción de la salud, si se sabe aprovechar la amplitud del concepto de las estrategias.

A pesar de las múltiples herramientas teóricas y de las recomendaciones que incluso ya forman parte de las reglas del juego, las campañas de comunicación y promoción de la salud producidas por las diversas instituciones de salud pública de México deberían representarse en una amplia gama de opciones, contenidos estéticos y argumentales, ajustadas al contexto en el que se producen e interpretan. Sin embargo, la evidencia cotidiana nos muestra campañas, cuyos contenidos y estructuras se limitan al contexto del emisor-institución, que generalmente no alcanzan su objetivo persuasor.

El objetivo de esta obra ha sido comenzar a desenmarañar, a través de un soporte teórico, conceptual y etnográfico, la complejidad de la naturaleza de este tipo de campañas; desde su método de producción, la construcción de sus mensajes, los medios y formas de difusión. Se

intenta brindar una importancia central al público objetivo, quien, desde hace algún tiempo, ha dejado de ser un receptor pasivo de información y se ha vuelto parte del proceso de comunicación al intercambiar roles entre el emisor y receptor; es así, al mismo tiempo, público, productor y promotor.

En nuestro país aún existe un largo tramo por recorrer en la homologación de las reglas del juego, ya que existen reglamentos que parecen opuestos, y son los que determinan la naturaleza de las campañas de comunicación y promoción de la salud. En este mismo tenor se encuentra la amplia distancia entre el reglamento y su aplicación por los involucrados que conforman a las instituciones.

Las áreas de oportunidad detectadas en los procesos de las campañas (perfil profesional de los involucrados, el factor económico administrativo, la falta de aplicación de metodologías participativas, limitaciones de imagen institucional) se muestran para que sean aprovechadas no únicamente por la Secretaría de Salud, sino por cualquier institución de salud pública, así como organizaciones de la sociedad civil, instituciones formadoras de recursos humanos, como las universidades y sus distintos programas académicos.

Como reflexión final, podemos señalar que las bases teórico-conceptuales abordadas en esta obra, tanto del fenómeno comunicativo, el fenómeno persuasivo, de la comunicación y promoción de la salud, podrían ser una herramienta de mucha utilidad no solamente para quienes se dedican a la salud pública, sino para cualquier temática y disciplina que apunte a un cambio social.

Esta obra se terminó de editar
para publicación digital en
marzo de 2018.