

# POLÍTICAS DE COMUNICACIÓN PARA LA PROMOCIÓN DE LA SALUD: EL EJEMPLO DEL COMBATE AL SOBREPESO Y OBESIDAD EN MÉXICO

COMMUNICATION POLICIES FOR HEALTH PROMOTION: THE EXAMPLE OF OVERWEIGHT AND OBESITY IN MEXICO

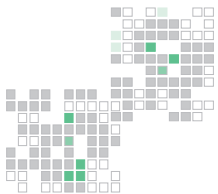
POLÍTICAS DE COMUNICAÇÃO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE: O EXEMPLO DA LUTA CONTRA O SOBREPESO E A OBESIDADE NO MÉXICO

Tonatiuh Cabrera Franco

■ Profesor del Departamento de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UNAM.

■ E-mail: [tonatiuh00@gmail.com](mailto:tonatiuh00@gmail.com)

123



## RESUMEN

La salud y la promoción de la salud (PS) se han medicalizado al enfocarse en la enfermedad, su tratamiento y prevención, y la comunicación como herramienta de la PS ha seguido el mismo camino. En este trabajo se exponen las políticas de comunicación en salud orientadas al combate del sobrepeso (mensajes, regulación publicitaria, etiquetado), y se ilustra en el ejemplo mexicano sus pobres resultados y consecuencias ante el desinterés en este tipo de estrategias que se usan cuando no hay un compromiso real de cambiar el problema de fondo.

**PALABRAS CLAVE:** PROMOCIÓN DE LA SALUD; POLÍTICAS; PUBLICIDAD; ETIQUETADO.

## ABSTRACT

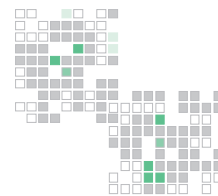
Health and health promotion (HP) were medicalized and focus on disease, treatment and prevention, and communication as a HP tool followed the same path. In this work health communication policies oriented to combat overweight are exposed (messages, advertising regulations, labeling) and with the Mexican example is showed the poor results and consequences of the lack of interest in this type of strategies that are used when there is no real commitment to change the underlying problem.

**KEYWORDS:** HEALTH PROMOTION; POLICIES; ADVERTISING; LABELING.

## RESUMO

A saúde e a promoção da saúde (PS) foram medicalizadas, e eles orientaram na doença, seu tratamento e prevenção, e a comunicação como ferramenta do PS seguiu o mesmo caminho. Neste trabalho, são expostas as políticas de comunicação em saúde são orientados ao combate de excesso de peso (mensagens, regulamentação publicitária, rotulagem), e os maus resultados e conseqüências no México da falta de interesse neste tipo de estratégias que são usadas quando não há um compromisso real para mudar o problema subjacente.

**PALAVRAS-CHAVE:** PROMOÇÃO DE SAÚDE; POLÍTICAS; PUBLICIDADE; ROTULADO.



## 1. A modo de introducción: ver a la salud más allá de la enfermedad

El antagonista en el habla cotidiana del concepto salud – enfermedad – ha permeado todo campo que ocupa el prefijo o sufijo en el desarrollo de cualquier ámbito, remitiendo más que a un reconocimiento del concepto positivo (salud) a una referencia a la mirada negativa (enfermedad). Esta sobre posición de la enfermedad no es fortuita, sino el resultado de un proceso histórico en el que el saber médico y su objeto de estudio han tomado campos que no les corresponde, y que Foucault (1977) llama *medicalización*.

La medicalización explica cómo el saber médico se impone con su éxito a nivel biológico y se perpetúa en la biohistoria, con lo cual el discurso de la medicina gana legitimidad y con ello el de la enfermedad, que con el paso del tiempo y su avance toma campos y conductas en los cuales no tendría cabida, fortaleciendo una *economía de la salud*, o el interés por parte de la economía en el ser humano y la medicina en nombre de la salud.

Con esto no se quiere decir que la enfermedad no sea un tema del cual se tiene que ocupar la salud, al contrario, se reconoce su importancia histórica y social, lo cual la ha posicionado en el discurso, pero reducir la salud a la lucha contra la enfermedad nos situaría más que ante un sector salud ante un sector médico, más que ante una promoción de la salud ante una prevención de la enfermedad y más que ante una comunicación y salud ante una comunicación médica o para la enfermedad.

Incluso la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo reconoce en su constitución al definirla como: “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS,1948:1), sobresaliendo que desde su fundación la OMS quiebra con el antagonismo salud-enfermedad y apela a la necesidad de ver más hacia lo positivo y la promoción de la salud y menos a lo negativo y la prevención o atención de la enfermedad.

## 2. Estrategias comunicativas como herramientas para la Promoción de la Salud

Uno de los campos medicalizado es el de la promoción de la salud (PS) que en su expresión más simple se reduce a la transmisión de mensajes preventivos. Pero desde 1946, cuando se utiliza por primera vez el concepto, Sigerist la definió como: “proveer estándares decente de vida, buenas condiciones laborales, educación, cultura física, los medios para el descanso y la recreación” (Sigerist, 1946: 127), viéndola como la provisión de condiciones de vida adecuada.

De manera institucional se usa en el “informe Lalonde” (1974) del ministerio de salud de Canadá, en el que se plantea que un sistema de salud que únicamente se preocupe por brindar atención médica sin considerar factores ambientales y sociales no logrará una mejora sustancial en la salud de su población, viendo al “campo de la salud” más allá de la perspectiva tradicional en la que salud y medicina son sinónimos.

En 1986 la OMS convoca a la Primera Conferencia Internacional sobre PS en la que se le define como:

*La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Por consiguiente, dado que el concepto de salud como bienestar trasciende la idea de formas de vida sanas, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario (WHO, 1989: 2).*



Cabe rescatar la esencia del concepto que busca generar condiciones de vida adecuadas (no mínimas) para todas las personas, en el que la salud no es la meta sino el punto de partida, y que para tenerla se debe pedir más que acciones sanitarias específicas. Pero la PS ha quedado lejos de esto y se ha confundido con prevención o educación, lo cual viene no solo de la concepción de salud, sino de su práctica e institucionalización.

Al entender a la salud como lo opuesto a enfermedad, la PS toma la forma de prevención al incidir sobre uno o varios de los factores etiológicos de las enfermedades. Si bien se reconoce a la prevención como una de las tareas sustanciales de la PS, su reducción a esta no solo medicaliza el concepto sino que nos sitúa ante un “espejismo de la salud” (Dubos, 1975) y una batalla contra las enfermedades prevalentes y emergentes que nunca se va a ganar, pues sería imposible erradicar todas las enfermedades y responder al momento a los cambios epidemiológicos<sup>1</sup>.

Para entender la confusión con la educación, nos situamos en la década de 1930 y 1940 en Europa de postguerra, en la que la capacidad de contestar a la curación era limitada (Chapela, 2010), por lo que se ve en la educación una posible solución al problema de la enfermedad, y que la Liga de las Naciones retoma en sus actividades. Constituida la OMS, recupera la iniciativa desde una perspectiva de prevención, educación higiénica, saneamiento y vacunación, lo que da como resultado la fundación en 1951 de la *Unión Internacional de Educación en Salud* que años después sería la *Unión Internacional de Promoción y Educación en Salud*. Chapela señala que:

... han coexistido en los discursos la educación y la promoción de la salud, no exentos de problemas de definición e identidad. A través de los años la “educación informativa” ha sido vista como panacea cuando no hay compromiso real para atención de los problemas profundos de salud (Chapela, 2010: 39).

La PS se concentra no sólo en prevenir enfermedades u otorgar información higiénica, sino que se propone generar las condiciones necesarias para la salud de todos. La prevención y la educación son herramientas de la PS en la búsqueda de la salud poblacional.

Es en este contexto la comunicación ha entrado en el terreno de la PS y se ha situado como una herramienta, pero de la misma forma se ha medicalizado al utilizarse como un mecanismo de difusión de mensajes preventivos o de comunicación “efectiva” ante la enfermedad, lo cual se ha visto reflejado en el desarrollo del campo.

Para Rogers (1996) el principal hito en el estudio de la comunicación y salud se da en 1971 en la Universidad de Stanford con el primer trabajo que vinculó de manera formal ambos campos en una investigación conjunta entre la escuela de medicina y el departamento de comunicación en un programa de comunicación para el cambio de conductas de riesgo en enfermedades cardíacas.

Desde entonces y antes, la historia y desarrollo del campo se ha movido en dos principales direcciones (Cabrera, 2016), una enfocada en los efectos mediáticos y el cambio de conducta social (perspectiva funcional del proceso de persuasión y audiencias pasivas) orientada al análisis y realización de campañas preventivas, y otra enfocada en las relaciones interpersonales y cristalizada en la relación médico paciente.

Para Atkin y Silk (2009), el principal nicho del campo está en el desarrollo y evaluación de campañas y mensajes efectivos, y en el enfoque inter-subjetivo su principal aplicación son los progra-

<sup>1</sup> Por más rápido que la ciencia médica avance es imposible responder al momento a enfermedades emergentes, ejemplo de ello es la pandemia de COVID-19.

mas de entrenamiento a proveedores de servicios de salud. Buena parte del campo se ha enfocado en la perspectiva de la medicina y la enfermedad, haciendo de la comunicación como herramienta para la PS un instrumento que conjunta el vaciado de información higiénica con la invitación a la prevención específica.

### 3. Políticas de comunicación y salud: el ejemplo del combate al sobrepeso y obesidad

El sobrepeso y obesidad, o acumulación excesiva de grasa, no es sólo resultado de una decisión individual de alto consumo energético y baja actividad física, sino de condiciones sociales, económicas, políticas y culturales, que han cambiado hábitos alimenticios, puesto a fácil disposición productos ultra procesados y favorecido vidas sedentarias, es decir el vivir en un “ambiente obesogénico”<sup>2</sup>.

Datos de la OMS (2020) señalan que desde 1975 se ha triplicado en el mundo la obesidad, se estima que para 2016 habían más de 1900 millones de adultos con sobrepeso, de los cuales más de 650 millones eran obesos, en cuanto a niños, se estimaba que 340 millones vivían con el problema. En los países pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) se estimaba para 2017 que más de la mitad de los adultos tenían sobrepeso, así como uno de cada seis niños.

Para explicar esta “transición nutricional” en la cual “la sociedad moderna minimiza el gasto energético del organismo a expensas de aumentar el consumo de energía” (Rivera, 2013: 50), se deben considerar los cambios en los factores estructurales como la cultura, las leyes, la economía o la sociedad (macrosistema) que impactan en el entorno comunitario compuesto por el bar-

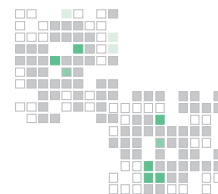
rio, la escuela o el trabajo (mesosistema) y en el entorno familia (microsistema). Escenario en el cual la publicidad y los medios, como aliados de la industria de los ultraprocesados, fomentan un ambiente obesogénico mundial a partir del deseo, información incompleta, y mensajes masivos de productos altos en energía.

En 2004, la OMS reconoce a las acciones comunicativas como perjudiciales, por lo que exhortó a los países miembros a “desalentar los mensajes que promuevan prácticas alimentarias malsanas o la inactividad física” (OMS, 2004: 9) e invita a: regular publicidad, estandarizar etiquetados, y utilizar los medios para promover mensajes positivos. En 2010 presenta el “Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos y bebidas no alcohólicas dirigidas a los niños”, que buscó una “acción mundial para reducir el efecto que tiene en los niños la publicidad de alimentos ricos en grasas saturadas, ácidos grasos trans, azúcares libres o sal” (OMS, 2010: 5), en el mismo sentido UNICEF (2013) señala a la publicidad como un factor de riesgo para la obesidad infantil.

A partir esto se ubica la batería de políticas internacionales en materia de comunicación encaminadas al combate del sobrepeso las cuales se han enfocado a: regular etiquetados; usar los medios para mandar mensajes sobre alimentación correcta; y restringir publicidad. Desde la perspectiva de la OCDE estas políticas buscan empoderar consumidores y mejorar la alfabetización en salud.

Para regular etiquetado se ha optado por: un *sistema de información por grupos de alimentos*, en el cual por medio de símbolos se advierte sobre alto contenido calórico, que puede ser obligatorio (Chile, Corea) o voluntaria (Dinamarca, Suecia); un *sistema de nutrimentos específicos* que presenta indicadores del contenido nutrimental en relación a recomendaciones de consumo diario (Inglaterra o Francia); o un *sistemas de resu-*

<sup>2</sup> Entorno que estimula y favorece conductas que originan una ganancia de peso.



men que destacan mediante símbolos o puntajes el perfil nutrimental del producto (Nueva Zelanda, Dinamarca).

Las campañas mediáticas buscan orientar una elección nutricional “saludable”; el ejemplo de los países de la OCDE es *5 x día*, que promueve el consumo de frutas y verduras. Este tipo de estrategias están sustentadas en el paradigma funcional, con mensajes unidireccionales e información genérica para respuestas esperadas ante estímulos específicos, la OCDE reconoce que requieren largos periodos de tiempo para lograr un “cambio de conductas”.

La regulación publicitaria es una estrategia que mediante la prohibición de anuncios de alimentos y bebidas de alto contenido calórico reduce la exposición de niños y jóvenes a este tipo de productos en: radio y televisión (Chile, Islandia, Irlanda y México), escuelas (Polonia, España y Turquía), transporte público (Australia), y otros lugares públicos (Noruega).

Estas políticas con directrices generales emanadas de organismo multilaterales se adaptan al contexto de cada país en distinto número y medida, pero uno de los países que ha suscrito e implementado cada una de ellas es México, cuyos indicadores de sobrepeso y obesidad son alarmantes.

#### 4. El ejemplo mexicano

En México datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT, 2019) señalan que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos pasó de 71.3 en 2012 a 75.2 en 2018, en niños se pasó de 34.4 a 35.6 en el mismo periodo, con esto México se posicionó en el primer lugar en obesidad infantil (UNICEF, 2017) y segundo en adultos (OCDE, 2017).

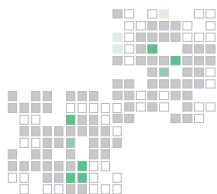
En medios, la Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares 2019 destaca que en población urbana 76.6% son usuarias de internet, y en rural

47.7%, en televisión 92.5% de hogares cuentan con uno (INEGI 2020), y el Instituto Federal de Telecomunicaciones (IFT, 2014) apunta que es el país en el que los niños dedican más tiempo a ver televisión con una exposición diaria en promedio de 4.34 horas.

En 2013 se presentó la Estrategia Nacional para el Control del Sobrepeso, Obesidad y la Diabetes (ENPCSOD) programa que buscó desacelerar el incremento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad, y revertir la epidemia de diabetes mellitus tipo 2. La ENPCSOD tiene tres pilares: salud pública; atención médica; y regulación sanitaria y políticas fiscales. El primero de ellos cuenta con tres ejes estratégicos (vigilancia epidemiológica; promoción de la salud y comunicación educativa; y prevención), del segundo se desprende una de las herramientas comunicativas que buscó “promover masivamente la alimentación correcta, actividad física y el consumo de agua simple potable” (Gobierno de la República, 2014: 61), la campaña *chécate, mídete, muévete*.

La campaña fue diseñada por el Instituto Mexicano del Seguro Social y lanzada a finales del 2013 junto con la Secretaría de Salud (SS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado, está dirigida a hombres y mujeres de 13 a 65 años con un nivel socioeconómico medio y bajo (Salazar, 2018) e invita a *checarse* (monitorear peso y circunferencia abdominal), *medirse* (regular porciones y cuidar consumo de calorías), y *moverse* (realizar actividad física de manera regular).

En un primer corte la SS (2015) destacó que la campaña tenía alcance nacional y amplia aceptación, con un 85% de recordación y un 84% de opinión positiva; otro estudio realizado en una región del sureste del país destacó que 73% de los participantes la conocían, siendo el canal de mayor relevancia la televisión (Ramón, 2018); un tercer análisis con datos de la ENSANUT de Medio Camino 2016, señala que únicamente el 11%



de los adultos la conocían, y de estos sólo el 31% tuvo una alta comprensión (Salazar, 2018).

En un monitoreo propio realizado a una muestra de la televisión abierta bajo tres criterios: barras programáticas, rating, y semana compuesta<sup>3</sup>, entre el 30 de noviembre y el 20 de diciembre de 2014 se registraron 3,333 anuncios de los cuales únicamente uno era de la campaña *chécate, mídate, muévete*; en contraste, 516 eran de alimentos y bebidas no alcohólicas, de los cuales: 35 eran comida rápida; 83 panes y pasteles; 78 botanas; 88 jugos y refrescos; y 68 golosinas y chocolates, es decir 352 de los 516 anuncios.

En términos generales del total de anuncios monitoreados, el 15.5% eran alimentos y bebidas no alcohólicas, y sólo el 0.03% la campaña, el spot fue registrado en el canal 2 de Televisa en la barra AA; en esa misma barra y canal se monitorearon en el periodo 311 spots, de los cuales 62 eran de alimentos y bebidas, más de la mitad de ellos (38) eran de comida rápida, panes, refrescos y golosinas. La abrumadora diferencia en presencia mediática que un año después de lanzada la campaña tenía frente a anuncios de lo que intentaba combatir es evidente.

El tercer pilar de la ENPCSD, Regulación sanitaria y políticas fiscales, cuenta con tres ejes estratégicos (reforma en materia de publicidad de alimentos y bebidas; en materia de etiquetado de alimentos y bebidas; y medidas fiscales para disminuir el consumo de alimentos y bebidas de escaso valor nutrimental), los dos primeros, políticas de comunicación orientadas al sobrepeso y obesidad, que tomaron forma en los lineamientos en materia de publicidad y etiquetado de 2014.

En cuanto a la publicidad, los lineamientos

3 Se monitorearon los cuatro canales de cobertura nacional tomando el programa de mayor rating (según datos de Nielsen IBOPE) en cada una de las barras programáticas (A, AA, AAA – mañana, tarde y noche). Ante la imposibilidad del monitoreo simultáneo, se realizó bajo el criterio de semana compuesta lo que implicó comenzar con un canal el lunes e ir rotando.

destacan por limitarla en televisión abierta y restringida, y salas de exhibición cinematográficas, de productos con un inadecuado aporte de nutrimentos, en horarios y salas destinadas a público infantil. En el caso de la televisión, de lunes a viernes de 2:30 pm a 7:30 pm y sábados y domingo de 7:00 am a 7:30 pm; en salas cinematográficas en proyecciones cuya clasificación sea A (para todo público) o AA (Comprensible para niños menores de 7 años).

Los criterios nutrimentales de los alimentos y bebidas permitidos y no se desglosan en 12 categorías de las cuales 4 fueron consideradas en la primera etapa de implementación y las ocho restantes en la segunda. Sin embargo, estos límites han sido cuestionados, por ejemplo, la Alianza para la Salud Alimentaria señala que:

*los criterios usados en las regulaciones de publicidad y del distintivo nutrimental están basados en el 'Pledge' de la Unión Europea (UE) (...) Es decir, los criterios nutrimentales fueron desarrollados por empresas transnacionales como Coca-Cola, PepsiCo, Nestle, Danone, Kellogg's, McDonald's Europe, Unilever, entre otras. (Calvillo, 2015: 6).*

Los lineamientos establecen excepciones a la restricción las cuales son: ofertas o promociones, y en televisión durante la transmisión de telenovelas, deportes, noticieros, series y películas cuya clasificación no sea apta para público infantil, y programas que no tengan más de un 35% de audiencia de entre 4 y 12 años. Pero el IFT (2014) señala que el nivel máximo de exposición televisiva del público infantil es entre las 20:00 y 22:00 horas (horario no regulados) y el género de mayor consumo son las telenovelas (género excepción).

Se realizaron dos monitoreos más (con los criterios antes mencionados) uno del 14 de noviembre al 10 de diciembre de 2012 y otro del 28



de noviembre al 18 de diciembre de 2015, con lo que se tuvo una medición basal antes de la entrada en vigor de la regulación (2012), otra tras la entrada en vigor de la primera etapa (2014) y la tercera tras la entrada en vigor de la segunda etapa (2015). Los resultados generales arrojan que entre la medición basal y la primera etapa de implementación bajó la proporción de anuncios de alimentos y bebidas de un 22% a un 16%, pero para 2015 se recupera y llega a un 19%.

El repunte en parte se explica por la inversión publicitaria de la industria de alimentos y bebidas que se dio en la barra AAA (horario nocturno no restringido y en el que los niños ven más televisión) al pasar de un 19% en 2012 a un 21% en 2014, y un 28% en 2015, además del resto de las vías de excepción que les posibilita insertar publicidad restringida en horarios regulados.

El último mecanismo comunicativo que México ha adoptado como parte de su estrategia para combatir el sobrepeso es el referente a etiquetado. Desde 1995 se publicó la Norma Oficial Mexicana (NOM) 051 en materia de etiquetado para alimentos y bebidas no alcohólicas preenvasados, la cual busca estandarizar las características y contenido de la información comercial y sanitaria de dichos productos, en un inicio se enfocó a: descripción del producto, lista de ingredientes, instrucciones de uso, contenido, lote y fecha de caducidad. En la reforma de 2010 se estandariza la declaración de contenido energético.

Derivado de la ENCSOD en 2014 se modificó la NOM que destaca por incluir un “sistema de nutrimentos específicos” o etiquetado frontal de advertencia de carácter obligatorio en que se informe sobre: porcentaje de aporte calórico de grasas saturadas, otras grasas y azúcares; contenido de sodio; y contenido energético, con base en la guía diaria de alimentación (GDA) y una dieta de 2000 kcal, además se incorporó un “sistema de resumen” o distintivo nutrimental voluntario para aquellos productos que cumplieran los cri-

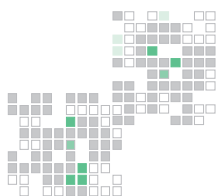
terios nutrimentales.

Pero este etiquetado frontal deriva de la iniciativa del Consejo Mexicano de la Industria de Productos del Consumo que en el marco del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria lanzó el proyecto checa y elige de etiquetado frontal GDA. Valoraciones del GDA critican: lo complicado de su interpretación; el utilizar una dieta de 2000 kcal como referencia; y el usar esa referencia de manera indistinta para niños y adultos (Stern, 2011)(El Poder del Consumidor, 2015) (Tolentino, 2018).

Además de estas críticas Stern (2011) en un estudio con 122 estudiantes de nutrición encontró que al interpretar un etiquetado GDA de un jugo de frutas, únicamente el 1.8% (2 personas) lo hicieron de manera correcta en las tres preguntas planteadas, además de lo complicado y poco claro del GDA, parte de las conclusiones apuntan a que puede hacer que un producto sea percibido como saludable cuando no lo es.

En otra evaluación del etiquetado GDA pero a nivel poblacional Tolentino (2018) encontró en una submuestra de la ENSANUT 2016 que el 91.2% de adultos no sabe la cantidad de calorías que deben consumir, el 82.3% saben que hay etiquetado nutrimental, el 40.6% lo leía, y de estos, el que más usaban era la tabla nutrimental (no frontal) con 41.5% y el menos usado el sello nutrimental 4.3%. Los problemas que representan para su comprensión y uso a nivel poblacional son evidentes.

Con lo anterior, en octubre de 2019 se presenta el proyecto de modificación a la NOM 051, en enero de 2020 es votada favorablemente tras lo cual la Confederación de Cámaras Industriales interpuso un juicio de amparo en contra del proceso, tras revocar una suspensión provisional, es publicada en marzo. La nueva NOM establece un sistema de información por grupos de alimentos o etiquetado frontal en el que se advierta (según cálculos estandarizados de porciones) exceso de





calorías, sodio, grasas trans, azúcares o grasas saturadas; también se deberán incluir las leyendas “contiene cafeína evitar en niños” o “contiene edulcorantes evitar en niños”, cuando sea el caso. Los productos que tengan uno o más sellos de advertencia no podrán incluir personajes infantiles, celebridades, animaciones o deportistas; tampoco avales de asociaciones profesionales; ni declarar propiedades nutrimentales o saludables.

Aunque este nuevo etiquetado aún no entra en vigor, la evidencia utilizada para su desarrollo señala que este tipo de advertencias permite de manera más rápida y sencilla entender y evaluar la calidad de un producto (Barquera, 2018), pero su implementación total tendrá que esperar a octubre de 2025.

## 5. A manera de conclusión

Son cinco los puntos que se quisieron destacar, el primero de ellos dejar en claro que salud no es lo opuesto a enfermedad, y que si se ha construido esa idea es debido a la medicalización del concepto y la vida. El segundo relativo a la PS, busca recuperar la esencia del concepto en el que la salud es el punto de partida y no el fin, para lo cual se deben generar las condiciones que lo permitan. El tercero, en el campo de la comunicación, da cuenta de esta como una herramienta de la PS que en su mayoría difunde únicamente mensajes preventivos.

En el cuarto se ilustró el ejemplo de las políticas comunicacionales en el campo de la salud orientadas al sobrepeso, y destacan las tres principales directrices internacionales: mensajes masivos, regulación publicitaria y etiquetado. Con el caso mexicano, que ha implementado las tres políticas, se muestran los resultados poco alentadores de estos instrumentos eclipsados frente al predominio de la industria de alimentos y bebidas, lo que mantiene al país con cifras crecientes del problema.

En mensajes masivos, la campaña *chécate, mí-*

*dete, muévete* señaló la SS tuvo un alto impacto en identificación y recordación, pero los datos indican que se vio opacada de manera importante a nivel mediático por productos de alta densidad energética, además a nivel poblacional no se le recuerda ni entiende.

En cuanto a la regulación publicitaria el diseño muestra el desinterés, al no considerar los horarios de mayor exposición y tener como excepción el género de mayor consumo en niños, lo anterior se hace patente en los datos, que pese a mostrar una disminución en los anuncios esta no se sostiene e incluso incrementa en el horario nocturno.

En etiquetado, el sistema GDA y el sello nutrimental fueron la propuesta de la industria que se institucionalizó, pero varios estudios ya mostraron que resultan poco claros y confusos, el nuevo diseño de la NOM 051 parece alentador, pero su temporalidad de implementación y eventual evaluación nos sitúan lejos para ver sus primeros resultados.

Como lo menciona Chapela (2010), la PS (simplificada), que aumentaría la comunicación para la salud, ha sido vista como panacea, cuando no hay compromiso real para la atención de los problemas profundos. El caso mexicano es un ejemplo de ello, gobiernos han pasado y enfrentado de manera aparente el problema de sobrepeso y obesidad, pero no ha existido un cambio real, ya que pese a tener campañas masivas, regulación publicitaria y etiquetado de advertencia, no ha habido un verdadero compromiso de terminar con el ambiente obesogénico que perpetúan anuncios e información engañosa. Los nuevos cambios en etiquetado son alentadores, pero, aunque personajes salgan de empaques y etiquetas, no lo harán de anuncios y promocionales, y las campañas masivas seguirán sin ser relevantes a nivel poblacional.

Para terminar y como quinto punto, cabe bosquejar el problema en el contexto de la actual



pandemia y doble epidemia que se vive en México, por un lado, la COVID-19, pero por el otro el sobrepeso y enfermedades relacionadas que aumentan la probabilidad de una COVID-19 grave y subsecuente muerte. De los 180,545 casos confirmados de COVID-19 hasta el 21 de junio de 2020 en México, el 22.1% presentaba hipertensión, el 19.7% obesidad y el 16.5% diabetes, en cuanto a las 21,825 defunciones el 42% tenían hipertensión, el 37.1% diabetes y el 25.1% obesidad (CONACYT, 2020). En el caso de los niños, aquellos que llegan a unidades de terapia intensiva tiene como primera comorbilidad la obesidad (Zárate, 2020).

La obesidad y las enfermedades relacionadas al sobrepeso, son claramente factores asociados a una enfermedad grave y la eventual muerte por Covid-19. Llamados gubernamentales actuales e

incluso el anuncio del 22 de junio de 2020 por parte del ejecutivo federal de una nueva campaña en medios tradicionales y digitales sobre orientación nutrimental y la inclusión de contenidos en educación básica siguen siendo acciones tardías, pero esperemos ver si tiene o no un compromiso real de atención profunda al problema, o es sólo una campaña informativa más.

Podemos seguir apostando todo a prevenir de manera específica o podemos virar hacia la auténtica promoción de la salud y crear las condiciones para que todos tengamos salud como punto de partida y no como meta, la enfermedad es inherente a la naturaleza humana, una vida saludable en el amplio espectro nos permitirá enfrentarla de mejor manera, considerando que la comunicación ayuda a cambiar el entorno y mejora decisiones.

## Referências

ATKIN, C. y K. S. *Health Communication*. En Staks, Don (org) *An Integrated Approach to communication Theory and Research*. New York: Routledge, 2009. p. 489–503.

BARQUERA, S., et. al. Sistema de etiquetado frontal de alimentos y bebidas para México: una estrategia para la toma de decisiones saludables. *Salud Pública de México*. México. v.60, n.4, p.479–486, 2018.

CABRERA, T. ¿Comunicación y salud o comunicación para la enfermedad? *Revista Mexicana de Comunicación*. México. v.1. n 138, p. 71–78, 2016.

CALVILLO, A., et. al. *Contra la obesidad y la diabetes: una estrategia secuestrada*. México. Alianza por la Salud Alimentaria, 2015.

CHAPELA, M. y A. C. *Promoción de la salud y poder: Reformulaciones desde el cuerpo-territorio y la exigibilidad de derechos*. México. Universidad Autónoma Metropolitana, 2010.

CONACYT. *Información General: Covid-19 México*. Disponible en: <https://coronavirus.gob.mx/datos/>. Acceso: 21 jun. 2020

DUBOS, R. *El espejismo de la salud*. México. Fondo de Cultura Económica. 1975.

El Poder del Consumidor. *¿Por qué la campaña checa y elige engaña y constituye un riesgo para el consumidor?* México. El Poder del Consumidor. 2015.

FOUCAULT, M. Historia de la medicalización. *Educación médica y salud*. Washington. n11. v1. p 3–25. 1977.

Gobierno de la República. *Estrategia Nacional para la prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes*. México. Gobierno de la República. 2014.

IFT. *Estudios sobre la oferta y consumo de programación para público infantil en radio, televisión radiodifundida y restringida*. México. IFT. 2014.

INEGI. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018*. México. INEGI. 2019.

INEGI. *Comunicado de prensa*. 17 de febrero de 2020.

Lalonde, M. *A new perspective on the health of Canadians*. Canadá. Ministry of Health and Welfare. 1974.

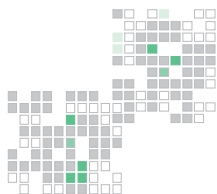
OCDE. *Obesity Update 2017*. OCDE. 2017.

OMS. *Obesidad y sobrepeso*. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>. Acceso: 1 de abril. 2020.

OMS. *Constitución*. Ginebra. 1948.

OMS. *Estrategia Mundial sobre Régimenes alimentario, actividad física y salud*. Ginebra. OMS. 2004.

OMS. *Conjunto de recomendaciones sobre la promoción de alimentos*



y bebidas no alcohólicas dirigidas a los niños. Ginebra. OMS. 2010

RAMÓN, C., et. a. Análisis del componente marketing mix del programa “Chécate, mídete, muévete” en comunidades de Tenosique, Tabasco, México. *Revista de Administración de UNIMEP*. México. n 16. v. p151–172, 2018.

RIVERA, J. Á. (cord). *Obesidad en México. Recomendaciones para una política pública de Estado*. México. Universidad Nacional Autónoma de México. 2013.

ROGERS, E. The field of health communication today. *American Behavioral Scientist*. United States. n 1. v 1. p 15–23, 1996.

SALAZAR, A., et. al. Conocimiento y nivel de comprensión de la campaña Chécate, mídete, muévete en adultos mexicanos. *Salud Pública de México*. Cuernavaca. n 60. v 3. p 356–364, 2018.

Secretaría de Salud. *Lineamientos por los que se dan a conocer los criterios nutrimentales y de publicidad que deberán observar los anunciantes de alimentos y bebidas no alcohólicas para publicitar sus productos en televisión abierta y restringida, así como en salas de exhibición cinematográfica, conforme a lo dispuesto en los artículos 22 bis, 79 fracción X y 86 fracción VI del Reglamento de la Ley General de*

*Salud en Materia de Publicidad*. México. SS.2014.

Secretaría de Salud. *Avances en Salud Pública*. Presentado: Mayo 28. 2015.

SIGERIST, H. *The university at the crossroad: Addresses & essays*. Estados Unidos H. Schuman. 1946.

STERN, D., L T y S B. *Revisión del etiquetado frontal: análisis de las guías diarias de alimentación (GDA) y su comprensión por estudiantes de nutrición en México*. México. Instituto Nacional de Salud Pública. 2011.

Tolentino, L. et. al. Conocimiento y uso del etiquetado nutrimental de alimentos y bebidas industrializados en México. *Salud Pública de México*. Cuernavaca. n 60. v 3. p 328–337, 2018.

UNICEF. *Estudio exploratorio sobre la promoción y publicidad de alimentos y bebidas no saludables dirigida a niños en América Latina y el Caribe*. Honduras. UNICEF. 2013.

UNICEF. *Informe Anual México 2017*. México. UNICEF. 2017.

WHO. *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Ottawa. WHO. 1989.

ZÁRATE, P. COVID-19 en pediatría. Presentado: 19 de junio. 2020.

