DETERMINANTES COMERCIALES DE SALUD, TRASTORNOS ADICTIVOS Y OTROS PROBLEMAS

DCS

FINANCIADO POR

SEDET
sociedad española de especialistas en tabaquismo

GOBIERNO DE ESPAÑA
MINISTERIO DE SANIDAD
SECRETARÍA DE ESTADO DE SANIDAD
DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

DETERMINANTES COMERCIALES DE SALUD, TRASTORNOS ADICTIVOS Y OTROS PROBLEMAS

AUTORÍA DE LA MONOGRAFÍA

Adelaida Lozano Polo
Enfermera. Universidad de Murcia. Miembro de FAECAP. Miembro de SEAPREMUR. Miembro de SEDET.

Beatriz Alija Piret
Graduada en Medicina por la Universidad de Cantabria.

Carmen Martínez-Cué Pessini
Doctora en Psicología. Catedrática de Farmacología. Universidad de Cantabria.

César Minué Lorenzo
Médico de atención primaria y comunitaria en el Centro de Salud Perales del Río (Getafe). Presidente de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET).

Cleopatra R´Kaina Liesfi
Responsable del Plan Sobre Drogas y Otras Conductas Adictivas. Ciudad Autónoma de Ceuta.

Francisco Camarelles Guillem
Médico de familia Centro de Salud Infanta Mercedes Madrid. Grupo de educación sanitaria y promoción de la salud del PAPPS de semFYC.

Francisco Javier Ayesta Ayesta
Doctor en Medicina. Profesor Titular de Farmacología Clínica y Trastornos adictivos. Universidad de Cantabria.

Francisco Pascual Pastor
Doctor en Medicina. Presidente de CNPT. Presidente SOCIDROGALCOHOL. Asesor de CAARFE. Miembro grupo investigación PREVENGO–UMH. Miembro Comité Científico COMA. Coordinador UCA Alcoi.

Gema Aonso Diego
Doctora en Psicología. Personal Docente e Investigador. Universidad de Deusto. Miembro de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET).

Julia Rubio del Río
Graduada en Medicina por la Universidad de Cantabria.

María Magdalena Martínez Llaría
Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Royo Villanova, Zaragoza.

Miriam Otero Requeijo
Doctora en psicología. Profesora de la Universidad Internacional de Valencia (VIU). Miembro del grupo de Investigación y Ajuste Psicosocial (gi_saps).

Miriam Rodríguez Castro
Licenciada en Psicología. Coordinadora del Proyecto Cannabis-tabaco-CNPT y Coordinadora del Proyecto DCS-SEDET.

Noa Rey Torres
Farmacéutica comunitaria en Ferrol. Secretaria de la Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo (SEDET) y del Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT). Grupo de Respiratorio y Tabaquismo de SEFAC y GRAP.

Pablo Castro Alonso
Doctor Ingeniero Industrial. Profesor titular de la Universidad de Cantabria. Grupo de Investigación en Tecnologías Electro-energéticas Avanzadas.

Edición y coordinación del proyecto:
Miriam Rodríguez, Noa Rey y F. Javier Ayesta.

SEDET
Sociedad Española de Especialistas en Tabaquismo
C/ Agustin de Betancourt 21-8. 28003, MADRID (Madrid), España
CIF G39497706.

Financiado por

GOBIERNO DE ESPAÑA · MINISTERIO DE SANIDAD · SECRETARÍA DE ESTADO DE SANIDAD · DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA EL PLAN NACIONAL SOBRE DROGAS

"Las opiniones vertidas en este documento no son necesariamente las de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas o las del Ministerio de Sanidad".

ISBN: 978-84-09-62369-3

ÍNDICE

CAPÍTULO 01
DETERMINANTES COMERCIALES DE SALUD: CONCEPTO E HISTORIA
César Minué, Miriam Rodríguez y F. Javier Ayesta **8**

CAPÍTULO 02
DETERMINANTES COMERCIALES DE SALUD: QUÉ SE HA APRENDIDO
Beatriz Alija, Miriam Rodríguez y F. Javier Ayesta **30**

CAPÍTULO 03
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA INDUSTRIA DEL ALCOHOL
María Magdalena Martínez Llaria y Francisco Pascual Pastor **58**

CAPÍTULO 04
CAFEÍNA Y BEBIDAS ENERGÉTICAS
Gema Aonso-Diego **87**

CAPÍTULO 05
BIG CANNABIS
Adelaida Lozano Polo **102**

CAPÍTULO 06
OXICODONA Y EPIDEMIA DE OPIÁCEOS
Carmen Martínez-Cué **126**

CAPÍTULO 07
LA INDUSTRIA DE LOS JUEGOS DE AZAR Y APUESTAS
Gema Aonso-Diego y Noa Rey Torres **138**

CAPÍTULO 08
VIDEOJUEGOS (*GAMING*)
Noa Rey Torres y Gema Aonso-Diego **154**

CAPÍTULO 09
PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA OBESIDAD Y LA ALIMENTACIÓN
Noa Rey y Francisco Camarelles Guillem **171**

CAPÍTULO 10
INTERNET, REDES SOCIALES Y EL MERCADO DE LA ATENCIÓN
Pablo Castro Alonso y Noa Rey Torres **197**

CAPÍTULO 11
DETERMINANTES COMERCIALES DE SALUD Y GÉNERO: INTERESES COMERCIALES COMO PERPETUADORES DE ESTEREOTIPOS
Cleopatra R´Kaina y Miriam Otero **231**

CAPÍTULO 12
LOS DETERMINANTES COMERCIALES DE LA SALUD COMO GENERADORES DE DESIGUALDAD SOCIOECONÓMICA
Julia Rubio y F. Javier Ayesta **249**

CAPÍTULO 13
A MODO DE CONCLUSIÓN: POR UNA GOBERNANZA SOCIAL Y POLÍTICA QUE DEFIENDA LOS DERECHOS Y LIBERTADES DE LAS PERSONAS
F. Javier Ayesta, Noa Rey y Miriam Rodríguez **279**

PRÓLOGO

DETERMINANTES COMERCIALES DE LA SALUD

Pedro Gullón Tosio.
Director General de Salud Pública y Equidad en Salud.
Ministerio de Sanidad.

Escribir sobre los Determinantes Comerciales de la Salud sea posiblemente la tarea más vieja y a la vez la más nueva que podemos hacer desde la salud pública. Digo tarea vieja porque, desde los inicios de los controles para epidemias, la salud pública ha tenido que hacer frente a intereses comerciales y económicos para la protección de la salud de la población. Pero también es nuevo, porque en los últimos años ha crecido el interés económico y político por los Determinantes Comerciales de la Salud, lo que nos da una oportunidad ideal para poder actuar.

En este monográfico vais a tener la oportunidad de ver una figura amplia de cómo se desarrolla el concepto de Determinantes Comerciales de la Salud, como ha evolucionado, cómo afecta a la salud y qué podemos hacer ante ello. Es imposible que me detenga en toda la excelente información que tenéis en las siguientes páginas, pero quería aprovechar este prólogo para hacer una reflexión sobre alguno de estos aspectos.

Lo primero que tenemos que comprender es la evolución en los últimos años de los Determinantes Comerciales de la Salud. Como se ve en el **capítulo 1**, gran parte del origen de cómo abordamos los intereses comerciales y cómo afectan a la salud viene de la experiencia que tenemos con la industria del tabaco. Cómo unas empresas que se dedican a vender veneno adictivo han conseguido impedir políticas de protección de la salud durante tantos años debería ser incomprensible. Y no es algo que tenga un punto y final, sus estrategias se van haciendo más innovadoras. La industria ya sabe que ha perdido la batalla social por el tabaco; defender 140 muertes al día

tiene mal marketing, por lo que ahora buscan guiar los discursos hacia otros productos novedosos e inventarse estrategias para simular ser saludables, cuando en realidad solo buscan generar nuevas personas adictas a estos productos, y generar una puerta de entrada al cigarrillo tradicional. Por otro lado, sus estrategias de *lobby* son más sofisticadas, ya no se ejercen de manera tan directa, y sus lobistas son personas que proceden de la Administración o la política, con contactos e influencias a veces más sutiles, pero igual de peligrosas. Desde mi posición lo he vivido mientras desarrollamos el Plan Integral Contra el Tabaquismo 2024-2027.

Por desgracia estas tácticas no se restringen a la venta de tabaco. Por suerte, tenemos una gran capacidad de análisis y unimos las flechas para hacer acciones conjuntas. Como destacan **los capítulos 3 a 8**, hay muchos campos donde la industria ejerce un poder descomunal en contra de los intereses de la salud de la población. Desde la industria del alcohol, pasando por cuándo la industria farmacéutica no facilitó en algunos países el acceso público a tratamientos de VIH, hasta el *boom* de los últimos años con las casas de apuestas, tenemos que analizar cómo proteger la salud de la población ante los intereses comerciales. Y cada uno de estos campos seguramente requiere de diferentes estrategias según qué capacidad política tengamos, las alianzas que podemos generar, la aceptabilidad social de los discursos y la capacidad de generar narrativas que no culpabilicen a las personas, si no que nos generen un empoderamiento colectivo por tener vidas más saludables.

Esto no significa que toda actividad económica o toda actividad comercial generen un daño para la salud *per se*. No, pero como explora el **capítulo 2**, hay prácticas industriales, especialmente aquellas a través de las grandes corporaciones internacionales, que están anteponiendo sus intereses por encima de buscar soluciones a los problemas de salud global, como el cambio climático, la inequidad en salud, la mortalidad evitable o el crecimiento de la prevalencia en enfermedades crónicas.

Los determinantes comerciales tocan en lo más profundo de la salud pública. Un enfoque de salud pública, centrado en la protección de la salud, alejado de los discursos individualistas de elección individual, y donde la protección colectiva de la salud esté por encima del resto de intereses, nos amplía la posibilidad de reducir las inequidades en salud (**capítulos 9-11**). Y es que los grandes avances que hemos tenido en la salud poblacional no han ocurrido cuando hemos ido persona a persona diciéndoles que no fumen o beban. Todo lo contrario, los grandes avances en salud han sido cuando hemos actuado sobre las condiciones de vida de las personas, lo que incluye proteger de los intereses comerciales industriales. Nunca alcanzaremos

ciudadanos y ciudadanas saludables sin construir una sociedad saludable que nos permita vivir con salud.

Y creo que este enfoque es el que nos debe guiar con los Determinantes Comerciales de la Salud. No nos tenemos que dejar sucumbir por el marco que la propia industria intenta imponer y pensar que lo vamos a solucionar todo con elecciones individuales. No, tenemos que tener la persistencia y el liderazgo para que la salud y el bienestar sean lo que guíen nuestras políticas.

Quizá una de las victorias que nos esperan a la salud pública en los próximos años es que nos alejemos de pensar que todo es una batalla contra la industria, sino en movernos hacia modelos de bienestar social, donde los intereses que tenemos la población en salud sean una prioridad por encima del bienestar del mercado. Ya lo hemos hecho previamente, lo seguiremos haciendo y lo conseguiremos.

1

1 DETERMINANTES COMERCIALES DE SALUD: CONCEPTO E HISTORIA

César Minué, Miriam Rodríguez y F. Javier Ayesta

IDEAS CLAVE

1. Las enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) son un conjunto de enfermedades no causadas por una infección aguda, que generan consecuencias para la salud a largo plazo y crean una necesidad de tratamiento y cuidados a largo plazo.

2. Son responsables del 74% de todas las muertes en el mundo y en Europa del 90%. Es un problema creciente en todo el mundo, también en los países de menos ingresos. Las principales ENT son, según orden de prevalencia, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes mellitus.

3. Existen cuatro factores de riesgo modificables responsables principales: el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, una dieta poco saludable y una actividad física insuficiente. Estos cuatro factores, a su vez, conducen a ciertos factores de riesgo biológicos comunes, en particular, presión arterial alta, niveles altos de glucosa en sangre, colesterol alto en sangre y sobrepeso y obesidad.

4. Además de versa afectada por influencias biológicas y sociales, en este siglo se ha comprobado que también puede verse afectada por una serie de actividades comerciales o empresariales, por la comercialización y promoción de bienes de consumo más bien nocivos (p. ej., ciertos alimentos), conductas con poder adictivos y lesivo (p. ej., sustancias psicoactivas), u otras industrias (p. ej., contaminación medioambiental).

5. Se ha desarrollado así el concepto de Determinantes Comerciales de la Salud (DCS), que podría describirse como sistemas, prácticas y vías a través de las cuales los actores comerciales influyen en la salud humana y la inequidad de salud.

6. El primer DCS que se identificó como tal fue el tabaco (suele señalarse como fecha clave el año 2000). Aunque al principio se pensaba que tabaco era una excepción, posteriormente se comprobó que otras industrias empleaban estrategias similares. El campo se amplía continuamente.

7. Los primeros DCS descritos eran industrias que promovían sustancias o conductas adictivas o similares (tabaco, alcohol, juego) y el campo de las DCS está históricamente asociados con el de los trastornos adictivos o repetitivos. Sin embargo, en la actualidad se considera que lo propiamente característico de los DCS son sus estrategias para difundirse y evitar la regulación y se consideran DCS a determinadas industrias contaminantes, como las de las responsables del cambio climático y otras.

1. ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Desde el siglo pasado se ha producido una mejora de las condiciones higiénico-sanitarias y se han descubierto nuevos fármacos, lo que ha permitido desbancar a las enfermedades infecciosas como los principales agentes responsables de mortalidad en el mundo. A partir de este momento, la esperanza de vida a nivel mundial se ha incrementado, pero, junto a ella han ido apareciendo otro tipo de enfermedades.

Estos cuatro factores (tabaco, alcohol, mala dieta y poca actividad física), a su vez, conducen a ciertos factores de riesgo biológicos comunes, en particular, presión arterial alta, niveles altos de glucosa en sangre, colesterol alto en sangre y sobrepeso y obesidad.

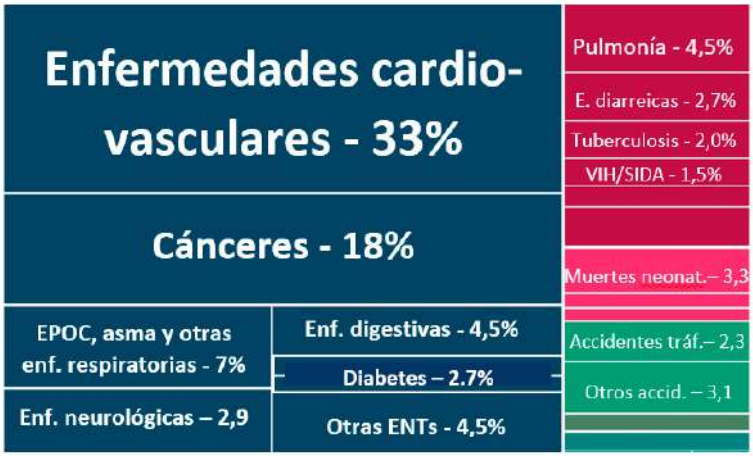
Estas enfermedades matan a 41 millones de personas cada año, lo que equivale al 74% de todas las muertes en el mundo [Organización Mundial de la Salud (OMS), 2023] (Figura 1). En Europa son responsables del 90% de las muertes (OMS, 2021). Se ha visto que afectan a personas de todos los grupos de edad, regiones y países, aunque estas afecciones suelen estar asociadas a grupos de edad avanzada. Los datos demuestran que cada año más de 17 millones de personas menores de 70 años mueren a causa de una ENT (GBD 2017 Causes of Death Collaborators, 2018a, 2018b, 2019; Murray, 2022; OMS, 2023).

Las principales ENT son, según orden de prevalencia, las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y la diabetes mellitus. La mayoría de las muertes por ENT se deben a un puñado de causas principales, consideradas factores de riesgo. Actualmente, las ENT son la principal causa de muerte a nivel mundial (Figura 1) y su prevalencia está aumentando progresivamente en todo el mundo, independientemente de su desarrollo económico (Figura 2).

Un problema adicional que se observa con las ENT es que se acumulan en los pacientes, de manera que, a partir de cierta edad, una gran parte de la población puede presentar hasta tres o cuatro comorbilidades diferentes, las cuales quizá no le causen la muerte a corto plazo, pero sin duda afectan a su calidad de vida.

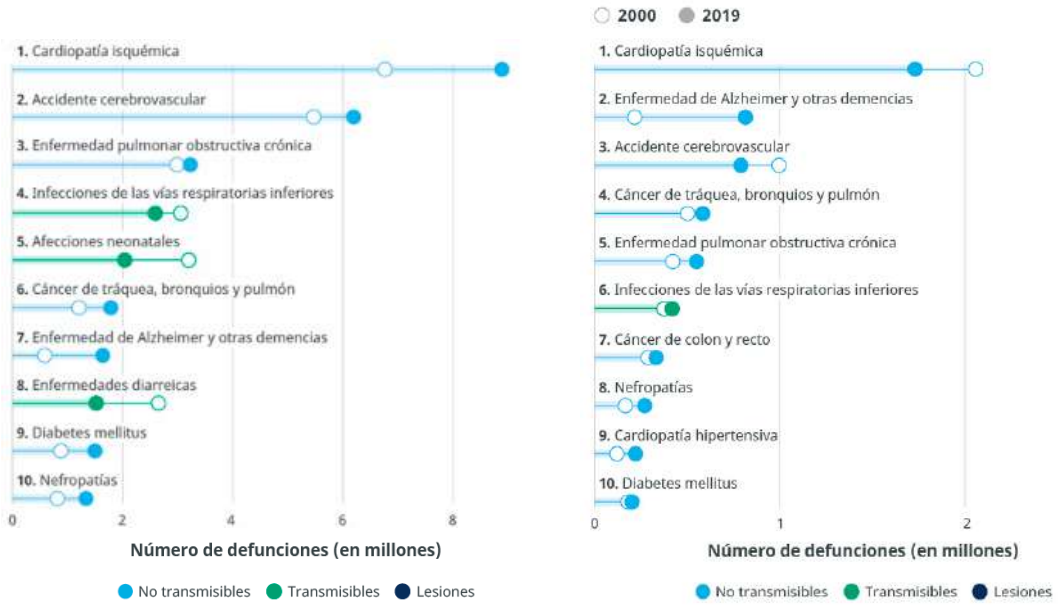
Las ENT constituyen una carga para la economía global, ya que reducen la productividad, contribuyen a la pobreza, sobrecargan los sistemas de salud, e impiden el desarrollo general.

Figura 1. Porcentaje de muertes atribuibles a las diversas enfermedades o accidentes



Fuente: Dattani et al., 2023.

Figura 2. Diez mayores causas de muerte en el año 2000 y 2019. Izquierda: en todo el mundo; derecha: en los países económicamente desarrollados



Fuente: Global Health Estimates (OMS, 2020).

2. FACTORES DE RIESGO DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

Como se ha mostrado en las Figuras 1 y 2, las personas mueren de enfermedades (o accidentes), pero estas enfermedades se asocian, muchas veces causalmente, con una serie de circunstancias o conductas, que son denominadas factores de riesgo. Nadie se muere oficialmente de un factor de riesgo, sino se muere de una enfermedad, pero en muchos casos -algo que se comprueba mediante estudios epidemiológicos rigurosos- es un determinado factor de riesgo quien da lugar a la enfermedad.

Los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles son diversos y pueden estar influenciados por una combinación de factores genéticos, ambientales y de comportamiento.

Las causas principales de las principales ENT son conocidas e implican algunos factores de riesgo conductuales comunes: principalmente, el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, una dieta poco saludable y una actividad física insuficiente. Todos estos factores de riesgo comparten una característica fundamental: son modificables; lo que significa que las acciones individuales y colectivas pueden tener un impacto significativo en la reducción del riesgo de desarrollar enfermedades crónicas.

Estos cuatro factores (tabaco, alcohol, mala dieta y poca actividad física), a su vez, conducen a ciertos factores de riesgo biológicos comunes, en particular, presión arterial alta, niveles altos de glucosa en sangre, colesterol alto en sangre y sobrepeso y obesidad. En conjunto, estos factores son responsables de más del 85% de la carga de ENT en la Región Europea de la OMS, pero pueden prevenirse o controlarse mediante una serie de políticas e intervenciones de salud altamente efectivas y de bajo costo.

La prevención de estos factores de riesgo y la promoción de conductas saludables es uno de los principales objetivos de la salud pública. En 2013, la OMS publicó un Plan de acción mundial para la prevención y el control de las ENT 2013-2020 con el fin de avanzar en 9 objetivos mundiales de ENT. Estos objetivos deberían alcanzarse en 2025 e incluyen una reducción relativa del 25% de la mortalidad prematura por ENT para 2025. Posteriormente, en 2019 se amplió el plan de acción hasta 2030, proporcionando una hoja de ruta para guiar y apoyar a los Estados Miembros y alcanzar las 9 metas antes mencionadas.

Tabla 1. Millones de muertes anuales atribuibles en 2019 a los principales factores de riesgo en el mundo (solo se representan los que superan el millón de muertes anuales)

Hipertensión	10,8
Tabaco (activo + pasivo)	8,7
Contaminación (outdoor + indoor)	6,7
Hiperglucemia	6,5
Obesidad	5,0
Colesterol	4,4
Dieta baja en grano o en fruta	2,9
Uso de alcohol	2,4
Dieta rica en sodio	1,9
Agua no segura	1,2

Fuente: IHME (Global Burden of Disease, 2019).

Los factores de riesgo responsables de un mayor número de muertes anuales se recogen en la Tabla 1.

La salud es un concepto multidimensional que abarca no sólo aspectos biológicos y genéticos, sino también factores socioeconómicos y ambientales. La percepción de las desigualdades de salud aumentó el interés en estudiar qué factores impactan sobre la salud de la población, describiéndose en primer lugar los 'determinantes sociales de la salud', definiéndolos como "las condiciones en los ambientes donde las personas nacen, viven, estudian, trabajan, juegan, practican su fe y envejecen que afectan la salud, el funcionamiento y la calidad de vida" [Office os Disease Prevention and Health Promotion (OASH), 2022]. En esta línea, abordar los determinantes sociales de la salud, como mejorar el acceso a alimentos saludables, promover entornos seguros y limpios, y garantizar un acceso equitativo a la atención médica, también puede contribuir significativamente a la prevención de las ENT.

Del análisis de la Tabla 1 llama la atención que solo no disponer de agua potable y una gran parte de la contaminación *indoor* se relacionan propiamente con aspectos sociales. Esto resalta que la salud puede verse también afectada por determinadas actividades empresariales, bien por la comercialización y promoción de bienes de

consumo más bien nocivos (p. ej., ciertos alimentos), conductas con poder adictivos y lesivo (p. ej., sustancias psicoactivas), u otras industrias (p. ej., contaminación medioambiental).

3. DETERMINANTES COMERCIALES DE LA SALUD

Clásicamente, a lo largo del siglo XX, el estudio de los factores de riesgo de las ENT se centró fundamentalmente en las variables personales (p. ej., genéticas, biológicas, psicológicas) y en variables sociales (p. ej., familia, clase social).

A medida que se reconoció la influencia de los factores ambientales, económicos y sociales en la salud de la población, se evidenció la importancia de abordar no sólo los aspectos individuales y sociales, sino también en que determinados determinantes comerciales pueden impactar en la salud poblacional, esto es, en la salud de las personas.

En el año 2012 aparece el primer estudio publicado donde se aluden a los determinantes comerciales de la salud (Kickbusch, 2012). Este mismo autor, en 2016 publica un monográfico donde define los DCS como "estrategias y enfoques utilizados por el sector privado para promover productos y opciones que son perjudiciales para la salud" (Kickbusch et al., 2016). Estos determinantes abarcan una amplia gama de factores relacionados con la producción, distribución, comercialización y consumo de bienes y servicios, que pueden influir directamente en la salud de las personas.

El estudio de Lacy-Vawdon et al. (2022) concluye que cualquier definición de DCS debe incorporar los siguientes elementos:

- Los DCS son una serie de sistemas que inicialmente se materializan en torno a sistemas de poder comercial y/o corporativo.
- Estos sistemas están fuertemente orientados a la búsqueda de ganancias.
- En esta búsqueda están enormemente capacitados por los sistemas políticos, sociales, técnicos y económicos, y con frecuencia ejercen una influencia significativa sobre ellos.

- Todos estos sistemas están interrelacionados y forman una constelación de factores con potencial para influir profundamente en la salud y el bienestar de la población y del planeta.

- Si bien se reconoce que las influencias de los sistemas de los DCS pueden ser positivas o negativas, el enfoque principal debe ser prevenir y reducir los daños.

Por último, en el año 2023, Gilmore et al. publicó en *Lancet*, una serie de 3 artículos clave sobre el tema, propone la siguiente definición "sistemas, prácticas y vías a través de las cuales los actores comerciales impulsan la salud humana y la inequidad de salud" (Gilmore et al., 2023). En ellos se reconoce el impacto que dichos actores comerciales tienen sobre la población es sobre la salud, pero también sobre la desigualdad social y sobre otros ámbitos como el del medio ambiente.

La definición es muy amplia, pero permite que las prácticas comerciales que pueden afectar a la salud no quedan restringidas a prácticas con un impacto negativo sobre la salud, sino que se reconoce que también se puede influir de manera positiva.

Tradicionalmente, al hablar de determinantes comerciales de la salud, se ha puesto el foco en una serie de industrias: la industria del tabaco, del alcohol, de la alimentación y de los combustibles fósiles, hoy en día esa lista ha crecido. Claramente, siguen resaltando más los aspectos negativos, porque apenas se ha intentado controlarlos: quizá en el futuro empresas que hoy destacan por el daño que causan a una gran parte de la población mundial sean capaces de ser transformadas por una serie de estrategias regulatorias claras y precisas.

En definitiva, hoy se sabe, sabemos, que la gran mayoría de las ENT tienen sus raíces en estilos de vida y patrones de consumo que son promovidos por grupos específicos con intereses comerciales promovidos por determinados grupos con intereses comerciales, que es lo que los convierte en DCS. Comprender y abordar los DCS se ha convertido en una prioridad para la salud pública, ya que su mitigación es esencial para promover estilos de vida más saludables y reducir la carga de enfermedades prevenibles en la sociedad.

4. POR QUÉ TARDAMOS TANTO TIEMPO EN DESCUBRIRLO

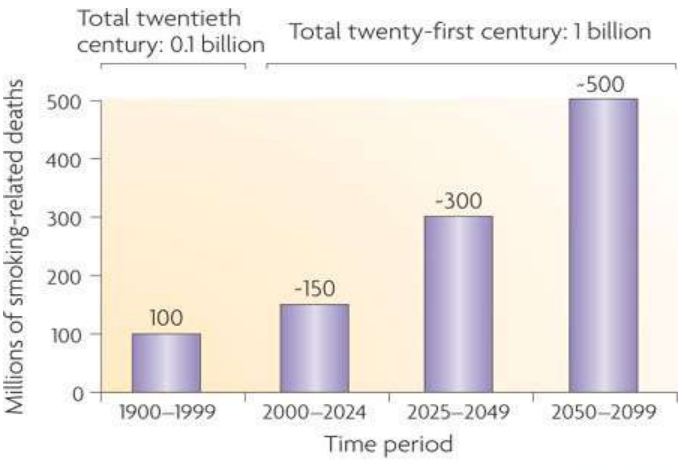
> *"El tabaquismo no es como las otras amenazas para la salud mundial: las enfermedades infecciosas no tienen empresas multinacionales de relaciones públicas, no hay líderes de opinión para propagar el cólera; los mosquitos no tienen grupos de presión".* (OMS, 2000).

Descubrir que algunas personas con determinados intereses comerciales eran los principales agentes de la epidemia del tabaco, no fue fruto de un solo día; tampoco lo fue conocer y desarrollar las estrategias adecuadas para enfrentarse a ellas.

Durante décadas, la sociedad civil y los sanitarios se han enfrentado de manera sistemática a la epidemia de consumo de tabaco. Este desafío ha conseguido que la salud pública sea consciente de la carencia de gran parte de las herramientas necesarias para enfrentarse a los agentes causales de esta grave amenaza a la salud.

A lo largo del siglo XX quienes trabajaron en tabaco consiguieron salvar muchos millones de vidas, pero hubo muchos otros millones de personas a las que no se pudo proteger. Lo que paso con tabaco en el siglo XX puede quedarse pequeño si los diversos gobiernos no aplican lo ya aprendido. En 2009, Jha publicó en *Nature Reviews* una estimación de cuántas muertes podría ocasionar el tabaco a lo largo del siglo XXI (Figura 3).

Figura 3. Muertes atribuibles al consumo de tabaco y nicotina en el siglo XX y estimación del siglo XX.



Fuente: Jha, 2009

Aunque la precisión las cifras probablemente no sea absoluta, es evidente que el grueso del problema no ha quedado atrás. Esto que pasa en tabaco, pasa en otros DCS. De ahí la importancia del problema y de no posponer soluciones

4.1. EL INFORME DEL AÑO 2000

El 21 de mayo de 2001 la Resolución de la 54ª Asamblea Mundial de la Salud (OMS, 2001) concluyó su declaración:

1. *"*Urgiendo *a la OMS y a sus estados miembros a estar alerta de cualquier esfuerzo de la industria del tabaco por continuar estas prácticas y asegurarse la integridad del desarrollo de políticas de salud en cualquier encuentro de la OMS y de los gobiernos nacionales";*

2. *"*Urgiendo *a los estados miembros a estar alerta de la posible afiliación a la industria tabaquera de los miembros de sus delegaciones";*

3. "*Llamando a la OMS a continuar informando a los estados miembros de las actividades de la industria del tabaco que tengan un impacto negativo en los esfuerzos por el control del tabaco."*

Esta declaración supuso el reconocimiento universal de lo que hasta entonces era un secreto a voces: que la industria del tabaco no es un negocio legal sin más, algunos de cuyos efectos colaterales chocan con los esfuerzos de quienes pretenden llevar a cabo políticas de salud pública, sino que sus intereses chocaban frontalmente con determinadas actuaciones sanitarias y que debían ser mantenidos al margen, poniendo todo el empeño por evitar su interferencia en las mismas.

Esta declaración se basaba fundamentalmente en el informe (de apenas 20 páginas) que en julio de 2000 el *Comité de Expertos sobre documentos de la industria del Tabaco* de la OMS había publicado. Este informe termina con la siguiente conclusión:

> *"La presente indagación demuestra la importancia de la oposición de empresas tabacaleras a los programas de la OMS sobre el tabaco y ofrece una percepción más clara de sus actividades, estrategias y actitudes. Demuestra también que el tabaco es una amenaza para la salud diferente a otras. Invertir el sentido de la epidemia de tabaquismo requerirá algo más que luchar contra la adicción y la enfermedad; requerirá vencer a una industria poderosa y decidida, muchas de cuyas más importantes estrategias de*

resistencia se llevan a cabo en secreto. Si la presente investigación contribuye a que eso se entienda mejor, el comité de expertos habrá coronado con éxito su tarea."

En este estudio los documentos revelan que empresas tabacaleras veían a la OMS como uno de sus principales enemigos y que se consideraban en lucha contra la Organización. Reconocían que el impacto y la influencia de la OMS era indiscutible y la consideraban como la principal de las amenazas de su industria, por lo que –así lo recoge explícitamente el plan básico de una de ellas– la empresa debe contener, neutralizar, y orientar de otro modo las iniciativas de lucha contra el tabaco de la OMS.

Los propios documentos de las empresas tabacaleras ponen de manifiesto que veían a la OMS como uno de sus principales enemigos. Estos documentos –millones de documentos confidenciales aún en estudio que hubieron de ser sacados a la luz por orden judicial en Estados Unidos– muestran además que esas empresas instigaron estrategias mundiales para desacreditar a la OMS y mermar la capacidad de la Organización para llevar a cabo su misión.

Su campaña contra la OMS raras veces se orientó a debatir los problemas de salud pública que plantea el consumo de tabaco. Los documentos muestran, por el contrario, que las empresas tabacaleras buscaban desviar la atención de las cuestiones de salud pública, reducir los presupuestos para las actividades científicas y de política realizadas por la OMS, enfrentar a otros organismos de las Naciones Unidas con la OMS, convencer a los países en desarrollo de que el programa de lucha antitabáquica de la OMS era una actividad del *Primer Mundo*, realizado a expensas del mundo en desarrollo, tergiversar los resultados de importantes estudios científicos sobre el tabaco y desacreditar a la OMS como institución. Entre sus objetivos y tácticas estaban:

- atacar a la OMS;
- emprender una iniciativa a largo plazo para contrarrestar la agresiva campaña mundial contra el tabaco de la OMS e iniciar un debate público respecto a una nueva definición del mandato de la OMS;
- debilitar las iniciativas del programa de la OMS;
- tratar de detener la marcha de los países menos desarrollados hacia un compromiso contra el tabaco;

- asignar recursos para parar en seco a la OMS;
- desacreditar a personas clave;
- contener la financiación de la OMS procedente de fuentes privadas;
- trabajar con periodistas para poner en duda las prioridades, presupuestos, cometidos, etc. de la OMS;
- dar una nueva orientación o modificar las asignaciones al Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (CIIC) en materia de prioridades y presupuesto;
- establecer a la Asociación internacional de cultivadores de tabaco (ITGA), en calidad de grupo de presión del tercer mundo, y como pantalla para sus actividades en la OMS;
- persuadir a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para que retirara el tabaco de su lista de prioridades;
- impedir la incorporación de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) al Programa de lucha antitabáquica de la OMS;
- apartar a la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) de la OMS.

Además de estas actuaciones directas contra la OMS, el informe detalla campañas destinadas a influir diversas investigaciones científicas, como la del CIIC, un organismo creado bajo los auspicios de la OMS, que en 1988 decidió llevar a cabo un estudio sobre el humo ambiental de tabaco (HAT) y cáncer de pulmón.

Aparte de lanzar una campaña, por valor de muchos millones de dólares, para desautorizar el estudio epidemiológico, las empresas tabacaleras se propusieron influir en los resultados y reducir el impacto sobre la reglamentación mundial del HAT.

Para ello, Philip Morris International y un grupo de trabajo compuesto por varias empresas tabacaleras elaboraron un conjunto de estrategias para alcanzar sus objetivos, que incluyeron:

- influir sobre presupuestos o funcionarios del CIIC para suprimir o retrasar el estudio;
- establecer contactos con los científicos que realizaran los estudios;
- dirigir y promover investigaciones para contrarrestar aquellas otras cuyas conclusiones fueran desfavorables para el tabaco;
- promover normas científicas para limitar la utilización de la epidemiología como base para políticas públicas, y crear una coalición independiente de científicos para criticar estudios perjudiciales para la industria;
- manipular la respuesta pública y de reglamentación a los resultados del estudio;
- suprimir la esperada monografía del CIIC sobre HAT o influir sobre ella. (Las evaluaciones del CIIC sobre el riesgo de cáncer de diversos agentes en una serie de monografías fidedignas, que con frecuencia utilizan los gobiernos que están considerando acciones de reglamentación).

El informe concluye que el relato de lo sucedido demuestra que las empresas tabacaleras están dispuestas a comprometer la integridad de un estudio científico independiente. También proporciona información importante sobre cómo empresas tabacaleras consiguen sus propósitos cuando tratan de influir sobre la toma de decisiones científicas y de reglamentación.

Como se señala en el prólogo del informe, "*que empresas tabacaleras se opongan a las propuestas de lucha antitabáquica no es una sorpresa para nadie. Lo que ahora queda claro es la escala y la intensidad de sus estrategias y tácticas, a menudo engañosas*."

Por otro lado, aunque esas estrategias y tácticas se concibieron a menudo al más alto nivel de empresas tabacaleras, el papel de los directivos de la industria en su ejecución se disimuló con frecuencia. En su campaña contra la OMS, los documentos muestran que empresas tabacaleras se ocultaban tras diversas organizaciones cuasi académicas, financieras, y de política pública, cuya financiación por la industria del tabaco no se daba a conocer. Los documentos también ponen de manifiesto que las estrategias de esas empresas para debilitar a la OMS se apoyaban en gran medida en expertos internacionales y científicos ligados por ocultos vínculos económicos a la industria.

El prólogo del informe señala también:

- *"Quizá, y eso es lo que resulta más perturbador, los documentos muestran que empresas tabacaleras influyeron sin llamar la atención en otros organismos de las Naciones Unidas y representantes de países en desarrollo para oponerse a las iniciativas de la OMS en materia de lucha antitabáquica.*

- *Que destacados ejecutivos de empresas tabacaleras se reúnan para diseñar y poner en marcha estrategias minuciosas con el fin de subvertir las bases de una organización de salud pública es inaceptable y debe ser condenado."*

Por todo ello, el informe concluye con las siguientes recomendaciones:

- *"los países miembros deberían llevar a cabo investigaciones similares acerca de la influencia de empresas tabacaleras sobre los esfuerzos de lucha antitabáquica realizados en esos países;*

- *la OMS debería vigilar la conducta futura de la industria del tabaco para determinar si las estrategias identificadas en el presente informe continúan; y*

- *la OMS debería ayudar a los países miembros a determinar cuáles son los pasos adecuados para poner remedio a la anterior conducta impropia de empresas tabacaleras."*

Las prácticas de la industria citadas no son las únicas. Gilmore et al. (2023) enumeran otras prácticas, como las científicas, con el fin de asegurar resultados favorables, alterando el proceso científico, ocultando resultados, influyendo en las decisiones editoriales, distorsionando el proceso de revisión por pares, o involucrando a científicos. También otras prácticas compartidas por otras industrias relacionadas con el trabajo y empleo (deslocalizando, p.ej., los aspectos más costosos de la producción) o financieras (mediante la evasión fiscal, la fijación de precios, la disminución de la competencia, o la disminución de los ingresos estatales).

Para defender sus intereses, la industria no duda en establecer alianzas con otras empresas (hostelería, alcohol), grupos de presión, en crear grupos o empresas tapadera (Clubes de Fumadores por la Tolerancia), o en recurrir al tráfico de influencias. Para ello es necesario estar bien informado, y una de las actividades de la industria es recoger información estratégica para conocer y anticiparse a las actividades de las

organizaciones, investigadores, sociedades científicas, políticos, que puedan afectar a su imagen y a su cuenta de resultados.

4.2. CONSECUENCIAS: EL CONVENIO MARCO DE LA OMS SOBRE EL CONTROL DEL TABACO

Este informe dejó claro que hay cosas que no se pueden solucionar con campañas de información o educación poblacional, ni con la actuación de los diversos profesionales sanitarios en sus respectivas consultas. Había que para los pies a una industria que estaba dispuesta a hacer casi todo lo posible para no ser parada. Y eso solo se podía hacer mediante una regulación adecuada: la sociedad civil tenía que presionar a los gobiernos para que regularan, de manera sistemática y contundente, determinadas prácticas comerciales y otras tácticas que estaban a su servicio

Este informe sobre las prácticas de la industria –y la voluntad de la entonces directora de la OMS (Gro Harlem Brundtland) y otras personas– fue el catalizador del proceso que dio lugar al Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT).

El CMCT representa un hito crucial en los esfuerzos internacionales para abordar la epidemia mundial del tabaquismo. Adoptado por la Asamblea Mundial de la Salud en 2003, es el primer tratado internacional negociado con los auspicios de la OMS (y hasta ahora el único). Fue adoptado el 21 de mayo de 2003 y entró en vigor el 27 de febrero de 2005. Desde entonces, se ha convertido en uno de los tratados más rápido y ampliamente adoptados en la historia de las Naciones Unidas. Los Estados Miembros firmantes, también denominados *Partes*, (183 de los 192 posibles en abril de 2024; más del 90% de la población mundial) se comprometen a establecer una serie de medidas basadas en evidencia para controlar el tabaco, adoptar el compromiso político de no socavar los objetivos establecidos en él y, por ende, a proteger a las generaciones futuras de sus efectos dañinos.

El CMCT supone un cambio de paradigma en el desarrollo de una estrategia de reglamentación para abordar las sustancias adictivas. Además de cuestiones relacionadas con el suministro, a diferencia de tratados previos sobre control de drogas, el CMCT establece la importancia de las estrategias de reducción de la demanda.

El CMCT aborda una amplia gama de áreas relacionadas con el control del tabaco, incluida la regulación de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco, el etiquetado y empaquetado de los productos de tabaco, la protección contra la exposición al humo de tabaco, así como medidas para combatir el comercio ilícito de

productos de tabaco. Además, el tratado promueve la cooperación internacional en la implementación de estas medidas y establece un marco para la vigilancia y evaluación del consumo de tabaco y la efectividad de las políticas de control del tabaco en todo el mundo.

El CMCT reconoce la necesidad de acciones coordinadas a nivel nacional e internacional para combatir el tabaquismo. Desde su adopción, el convenio ha inspirado la implementación de políticas y programas de control del tabaco en numerosos países, contribuyendo a reducir el consumo de tabaco, proteger a las personas del humo de segunda mano y salvar vidas. En este sentido, el CMCT sigue siendo un instrumento fundamental en la lucha contra la epidemia del tabaquismo y un ejemplo destacado de la cooperación internacional en el campo de la salud pública.

4.3. LO QUE VINO DESPUÉS

El primer ejemplo del que se adquirió conciencia sobre el papel de las industrias en la salud de la población fue el tabaco. Afrontar correctamente a una industria mediante el desarrollo de las medidas adecuadas ha llevado bastantes años de esfuerzo hasta empezar a conseguirlo.

Al principio tendía a pensarse que la industria del tabaco era una excepción. Ciertamente es el caso más sangrante, ya que es un producto que –utilizado en la manera indicada por el fabricante– mata prematuramente a un poco más de quienes lo consumen regularmente. Pero con el tiempo, se empezó a apreciar que había otras industrias que seguían tácticas y estrategias similares. Y se acuñó así el concepto de DCS (Kickbusch, 2012). Una búsqueda en *Pubmed* sobre "commercial determinants of health" muestra que hay un total de 12 artículos hasta 2017, 22 desde 2018 a 2020, y 208 desde 2021 a 2023, lo que refleja la importancia creciente del tema.

¿Qué se ha aprendido? Que abordar los DCS implica ser consciente de que esto conlleva enfrentarse a una serie de industrias que intentan cambiar la percepción social de las conductas que fomentan, y que ponen todo tipo de medios y estrategias para impedir la puesta en marcha de medidas eficaces para su control.

5. COMPONENTES ADICTIVOS Y NO ADICTIVOS DE LOS DCS

La aparición del tabaco como primer DCS desencadenó un mayor escrutinio sobre otras industrias y productos capaces de generar un trastorno adictivo, o promover sustancias con propiedades reforzadoras, donde se incluyen otras sustancias psicoactivas (p. ej., alcohol). Esto hizo que originalmente tendiera a asociarse los DCS con el mundo de las sustancias adictivas. Estas industrias promueven una normalización, una aceptación, de diversos consumos que, tras repetirse con cierta periodicidad, podrían acabar condicionándose a estímulos, originalmente neutros, que se presentaban en el momento del consumo y que también podían adquirir una cierta funcionalidad, algo que también invita a repetir la conducta.

Sin embargo, posteriormente fueron descubiertas estrategias similares en otras industrias, como la del juego y la de alimentación, entre las que destacan el consumo de azúcar, sal, cafeína o aceite de palma (Kadandale et al., 2019). Este esquema adictivo seguía presente y los efectos que producían estas actividades resultaban llamativamente gratificantes.

No hay unanimidad en la comunidad científica en considerar como trastornos adictivos determinadas conductas repetitivas o subyugantes ligadas al mundo digital (como el juego online, dependencia de internet o consumo de pornografía), pero en cualquier caso sí que pueden ser consideradas como DCS.

Con el tiempo, se comenzó a reconocer que el factor común entre todas estas empresas no era simplemente la adictividad de sus productos o actividades, sino más bien las estrategias que implementaban para ocultar los impactos adversos que generaban a nivel poblacional, los cuales constituían su principal fuente de beneficios.

En 1994, Christopher Buckley escribió un libro titulado “Gracias por fumar” (llevado al cine en 2005 con el mismo título) en el que narra las actividades de tres vendedores con sus respectivos productos: uno vende tabaco, otro alcohol, y el tercero pertenece a la Asociación Nacional del Rifle (actividad en principio sin relación con las adicciones). Con sentido humorístico la novela describe las estrategias de estos tres personajes, mostrando que la estrategia de cada uno es similar a la del resto.

Otro libro que tener en cuenta es “La duda es su producto: cómo el asalto de la industria a la ciencia amenaza a su salud”, de 2008 (no traducido al castellano), escrito

por David Michaels. Este libro pone de manifiesto cómo diversas industrias contaminantes, además de las del alcohol y tabaco, influyen sobre la actividad científica para conseguir que no hubiera evidencia concluyente sobre los problemas de toxicidad de sus productos. Concluye con la frase que da título al libro: venden la duda, la duda es su producto. Esto nos ayuda a ser más conscientes de que otro de los principales DCS, responsable de graves efectos medioambientales, es la industria del petróleo.

En definitiva, lo característico de estas industrias, que son DCS, no es que sus productos sean adictivos o no; lo propiamente característico es que viven de normalizar su uso o consumo, y de ocultar y enmascarar sus efectos lesivos.

En esta monografía no se abordan propiamente este tipo de DCS que carecen de un perfil mínimamente adictivo, pero eso no implica sus efectos sobre la salud de la población sean menos importantes. Además de las industrias anteriormente mencionadas, también existen otros productos o actividades comerciales variadas que son DCS como, por ejemplo:

1. determinadas industrias contaminantes, entre las que pueden destacarse la del asbesto, la del plomo o la de los plásticos (Hanni et al., 2023; Michaels, 2008);

2. la industria de los combustibles fósiles, sobre la que se debe tomar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus efectos, además de estar fuertemente vinculado con los estilos de vida más sedentarios (Baum et al., 2023; Friel, 2023; Peirano, 2022; van Schalkwyk et al., 2023; Woodcock, 2008; Ziegler y Muchira, 2023);

3. determinadas empresas farmacéuticas, que no priorizan velar por la salud de la población. Un caso llamativo ocurrió en la República Sudafricana en la que cinco empresas de antirretrovirales para el tratamiento de la infección por VIH demandaron y acabaron retirándose al gobierno sudafricano (James, 2001; Kleinsmidt, 2001). El caso de *Purdue Pharma* y la oxicodona se aborda en un capítulo de la monografía. Ha sido tratado en algunos artículos (Gullón y Fontán, 2023) y también existen varios libros sobre este tema: *Mala Farma* de Ben Goldacre (2013), *¿Somos todos enfermos mentales?* de Allen Frances (2014), *Sedados* de James Davies (2022) o *Crónica de una sociedad intoxicada* de Joan Ramon Laporte (2024).

REFERENCIAS

Baum, F., McGreevy, M. P., MacDougall, C. M. y Henley, M. (2023). Energy as a Social and Commercial Determinant of Health: A Qualitative Study of Australian Policy. *International Journal of Health Policy Management*, *12*,7193. https://doi.org/10.34172/ijhpm.2022.7193.

Dattani, S., Spooner, F., Ritchie, H. y Roser, M. (2023). *Causes of death*. Our world in data. https://ourworldindata.org/causes-of-death

Davies, J. (2022). *Sedados: cómo el capitalismo moderno creó la crisis de la salud mental*. Capitán Swing Libros.

de Lacy-Vawdon, C., y Livingstone, C. (2020). Defining the commercial determinants of health: a systematic review. *BMC public health*, *20*(1), 1022. https://doi.org/10.1186/s12889-020-09126-1

Frances, A. (2014). *¿Somos todos enfermos mentales? Manifiesto contra los abusos dela Psiquiatría*. Ariel

GBD 2017 Causes of Death Collaborators. (2018a). Global, regional, and national age-sex-specific mortality for 282 causes of death in 195 countries and territories, 1980-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, *392*(10159), 1736-1788. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32203-7.

GBD 2017 Risk Factor Collaborators. (2018b). Global, regional, and national comparative risk assessment of 84 behavioural, environmental and occupational, and metabolic risks or clusters of risks for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, *392*(10159), 1923-1994. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32225-6

GBD 2017 Diet Collaborators. (2019). Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, *393*(10184), 1958-1972. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30041-8

Gilmore, A. B., Fabbri, A., Baum, F., Bertscher, A., Bondy, K., Chang, H. J., Demaio, S., Erzse, A., Freudenberg, N., Friel, S., Hofman, K. J., Johns, P., Abdool Karim, S., Lacy-Nichols, J., de Carvalho, C. M. P., Marten, R., McKee, M., Petticrew, M., Robertson, L., Tangcharoensathien, V., … Thow, A. M. (2023). Defining and conceptualising the commercial determinants of health. *Lancet*, *401*(10383), 1194–1213. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00013-2

Goldacre, B. (2013). *Mala Farma: Cómo las industrias farmacéuticas engañan a los médicos y perjudican a los pacientes.* Ediciones Paidós.

Gullón, P. y Fontan, M. (2023). *Un estudio revela cómo las empresas se benefician a costa de nuestra salud*. Público. https://www.publico.es/ciencias/estudio-revela-empresas-benefician-costa-nuestra-salud.html

Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) (2019). Global Burden of Disease. https://www.healthdata.org/research-analysis/gbd

James, J. S. (2001). March 5: "Global Day of Action against Drug Company Profiteering," as pharmaceutical companies sue South Africa to block low-cost medicines. *AIDS Treat News*, *359*,5-6.

Jha, P. (2009). Avoidable global cancer deaths and total deaths from smoking. *Nature Reviews Cancer*, *9*(9):655-64. https://doi.org/10.1038/nrc2703

Kadandale, S., Marten, R. y Smith, R. (2019). The palm oil industry and noncommunicable diseases. *Bulletin of the World Health Organization*, *97*(2):118-128. https://doi.org/10.2471/BLT.18.220434

Kickbusch, I. (2012). Addressing the interface of the political and commercial determinants of health. *Health Promotion International*, *27*(4):427-8. https://doi.org/10.1093/heapro/das057

Kickbusch, I., Allen, L., y Franz, C. (2016). The commercial determinants of health. *The Lancet Global health*, *4*(12), e895–e896. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30217-0

Kleinsmidt, A. (2001). Pharmaceutical companies abandon case against South Africa: victory for people with HIV/AIDS. *Canadian HIV AIDS Policy Law Review*, *6*(1-2), 75-7.

Laporte, J. R. (2024). *Crónica de una sociedad intoxicada*. Ediciones Península.

Michaels, D. (2008). *Doubt is their product: how industry's assault on science threatens your health*. Oxford University Press.

Murray, C. J. L. (2022). The Global Burden of Disease Study at 30 years. *Nature Medicine*, *28*(10):2019-2026. https://doi.org/10.1038/s41591-022-01990-1.

Nieuwenhuijsen, M. J. (2023). *Commercial interest lead to unhealthy transport*. IS Global, Barcelona Institute for Global Health. https://www.isglobal.org/en/healthisglobal/-/custom-blog-portlet/commercial-interests-lead-to-unhealthy-transport/4735173/0

Office os Disease Prevention and Health Promotion (OASH) (2022). *Healthy People 2030.* U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. https://health.gov/healthypeople/objectives-and-data/social-determinants-health

Organización Mundial de la Salud (2000). *Estrategias de empresas tabacaleras para socavar las actividades de lucha antitabáquica*. Informe del Comité de Expertos sobre documentos de la industria del tabaco. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67429/67429_summary_spa.pdf?sequence=6&isAllowed=y

Organización Mundial de la Salud (2001). *Resolución de la 54ª Asamblea Mundial de la Salud*. https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/sa54r18.pdf

Organización Mundial de la Salud (2003). *Convenio Marco sobre el Control del Tabaco*. https://fctc.who.int/es/publications/i/item/9241591013

Organización Mundial de la Salud (2013). *Plan de acción mundial para la prevención y el control de las ENT 2013-2030 de la OMS*. https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020). *Global Health Estimates. Las diez principales causas de defunción*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021*). Monitoring noncommunicable disease commitments in Europe 2021: are we on track to reach targets 10 years after the Moscow Declaration and First United Nations High-Level Meeting?.* https://www.who.int/europe/publications/i/item/WHO-EURO-2021-4479-44242-62494

Organización Mundial de la Salud (2023). *Enfermedades no Transmisibles*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases

Peirano, M. (2022). *Contra el futuro: resistencia ciudadana frente al feudalismo climático*. Debate.

van Schalkwyk, M. C. I., Maani, N. y Petticrew, M. (2023). *The fossil fuel industry: fueling doubt and navigating contradiction*. En N. Maani, M. Petticrew y Galea, S. (eds) The commercial determinants of health. Oxford University Press.

Woodcock, J. y Aldred, R. (2008). Cars, corporations, and commodities: consequences for the social determinants of health. Emerging Themes in Epidemiology, *5*,4. https://doi.org/10.1186/1742-7622-5-4

Ziegler, C. y Muchira, J. (2023). Climate Change: The Ultimate Determinant of Health. *Primary Care*, *50*(4), 645-655. https://doi.org/10.1016/j.pop.2023.04.010

2

2 DETERMINANTES COMERCIALES DE SALUD: QUÉ SE HA APRENDIDO

Beatriz Alija, Miriam Rodríguez y F. Javier Ayesta

IDEAS CLAVE

1. Abordar estos Determinantes Comerciales de la Salud (DCS) implica ser consciente de que nos enfrentamos a una serie de industrias que se deben a sus accionistas, que intentan cambiar la percepción social de las conductas que fomentan y que ponen todo tipo de medios y estrategias para, en la medida de lo posible, diferir o diluir la puesta en marcha de medidas eficaces para su control.

2. Es importante adquirir una dimensión adecuada del problema que ocasionan los DCS, de las circunstancias que se asocian con estos problemas y cómo pueden abordarse.

3. Se deben aplicar políticas específicas a este tipo de industrias para impedir que influyan en las decisiones políticas.

4. El Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) es el primer tratado universal de Salud Pública.

5. Lo que se señala en el artículo 5.3 del CMCT y en sus directrices es en gran medida extrapolable a otras áreas en las que se existen determinantes comerciales de la salud. Ser conscientes de que determinadas actividades comerciales tienen como objetivo dañar a la salud de la población hace que su credibilidad como agentes sociales sean discutibles y que sus condiciones de interlocución deban ser especialmente controladas.

Este capítulo se estructura en dos partes interconectadas: 1) qué estrategias suelen utilizar los distintos Determinantes Comerciales de la Salud (DCS) para mantener la rentabilidad de sus productos o actividades; y 2) qué medidas ha mostrado la evidencia científica que son útiles para contrarrestar los efectos de las estrategias de los DCS.

Gran parte de su contenido, aparte de la experiencia y de otras fuentes primarias, es un resumen de las ideas expuestas en el único libro sobre "Determinantes Comerciales de Salud" que en mayo de 2024 está publicado y que se recomienda a quienes estén interesados en el tema: se trata de una monografía de casi 400 páginas, publicada por Oxford University Press en noviembre de 2023, cuyos editores trabajan en Inglaterra, Escocia y Estados Unidos y que lleva por título "The Commercial Determinants of Health" (Maani et al., 2023).

1. ESTRATEGIAS DE LOS DIVERSOS DETERMINANTES COMERCIALES DE LA SALUD

Las estrategias de los Determinantes Comerciales de la Salud (DCS) representan un conjunto de tácticas utilizadas por diversas industrias para promover, publicitar y normalizar el consumo de sus productos. Aunque las industrias pueden variar en sus productos y servicios, comparten un enfoque común en la forma en que abordan la comercialización y promoción de sus productos con el objetivo de aumentar las ventas y maximizar los beneficios. Estas estrategias a menudo buscan influir en la percepción pública y en las políticas gubernamentales para proteger sus intereses comerciales, a menudo a expensas de la salud pública.

El objetivo primario de toda industria que intente difundir un producto o una actividad es convencer a la sociedad o, a parte de ella, que es su objetivo, que es algo que compensa hacer. Es lo que se denomina proceso de normalización. Es algo que se suele conseguir mediante estrategias de marketing, las cuales al principio no siempre se dirigen a toda la sociedad, sino que puede hacerlo a grupos diana.

Esto es algo que hacen todo tipo de industrias: intentar convencer que nuestra calidad de vida o nuestra imagen ganaría gracias a ella. Esto es algo normal y, salvo en el caso franco engaño, no suele considerarse especialmente nocivo.

Los primeros problemas surgen cuando se empieza a acumular la evidencia científica de que el producto o la actividad es potencial o realmente nocivo. La mayoría de las empresas, pequeñas en general, se ven obligadas a retirar su producto del mercado, porque rara vez pueden permitirse desafiar a los poderes gubernamentales y, además, tampoco suelen querer hacerlo. La experiencia nos ha mostrado que no es esto lo que siempre ocurre con algunas grandes corporaciones multinacionales.

El paradigma de DCS, el primero que se descubrió y durante mucho tiempo el único propiamente descrito, es la industria del tabaco. Aunque no todo lo aprendido ahí es siempre extrapolable universalmente, es muy útil conocer las estrategias y tácticas que esta industria ha puesto en juego para, primero, normalizar y, posteriormente, vender un producto que es considerado la principal causa de morbimortalidad prevenible en el mundo. Esto permite ampliar la perspectiva y reconocer tendencias apenas difuminadas que aparecen en otros DCS.

Estas prácticas de la industria tabaquera se extienden a muy diversos ámbitos, con el objetivo de influir sobre las conductas personales, las normas y valores sociales, los sistemas económicos y políticos.

1.1. SEMBRAR LA DUDA: LA DUDA ES SU PRODUCTO

Todo gobierno mínimamente responsable suele verse obligado a tomar decisiones cuando la evidencia científica puede ser considerada como bastante concluyente.

Para evitar esto, la estrategia clave es intentar mostrar que, efectivamente, existe cierta evidencia, pero que, de momento, no es absolutamente concluyente. Lo cual evita o, al menos pospone, cualquier regulación mínimamente adecuada.

El objetivo no es estrictamente negar la evidencia, sino ponerla en duda, mostrando que en ocasiones se obtienen resultados diferentes o que es factible que, desde un punto de vista científico, no se hayan descartado todas las variables potencialmente confusoras. En ciencia rara vez se puede decir con seguridad que en un estudio se han descartado todas ellas, ya que la evidencia tiende a ser acumulativa.

1.1.1. La historia de la toxicidad de fumar

Como consecuencia del aumento de producción y consumo de tabaco a principios del siglo XX, se comienza a observar con preocupación, durante los años 40 y 50, una menor expectativa de vida entre quienes fuman y la aparición de una mayor inci-

dencia de cáncer de pulmón. En 1950, Doll y Hill, estudian la posible asociación de la contaminación ambiental y del consumo de tabaco con el incremento de las cifras de cáncer de pulmón a finales de los años 40 (Doll y Hill, 1950). En 1954 publican el estudio donde relacionan el consumo de tabaco con la mortalidad por cáncer de pulmón, con una relación dosis-respuesta (Doll y Hill, 1954). En 1952, la revista *Reader´s Digest*, entonces una de las principales fuentes de información médica para el público, había publicado un artículo titulado "*Cancer by the carton*" (Norr, 1952). Tras su publicación, las ventas de cigarrillos experimentaron una caída durante dos años, siendo esta la primera disminución de tal magnitud en el siglo, exceptuando la ocurrida durante la Gran Depresión.

A partir de aquí, la industria empieza a desarrollar una serie de estrategias científicas, políticas, empresariales, y comunicativas, con el objetivo de distorsionar las pruebas científicas e influir en la opinión pública. Como respuesta de la industria, un año más tarde, en 1953, altos ejecutivos de las principales empresas tabacaleras americanas se reunieron clandestinamente en la ciudad de Nueva York. Su objetivo era contrarrestar el impacto de los estudios que vinculaban el tabaquismo con el cáncer de pulmón. Además, en colaboración estrecha con John Hill (fundador del gigante de relaciones públicas *Hill & Knowlton*), la industria tabacalera creó la "Declaración sincera (*frank statement*) para los fumadores de cigarrillos" y financió su publicación en 448 periódicos el 4 de enero de 1954. Con el objetivo de darle un rostro humano a la industria, la declaración llevaba las firmas de los principales ejecutivos tabacaleros del país, asegurando a los estadounidenses que "*aceptamos el interés en la salud de estas personas como una responsabilidad básica, primordial para cualquier otra consideración en nuestro negocio*". Además, prometieron que "*siempre hemos cooperado estrechamente y cooperaremos estrechamente con aquellos cuya tarea es salvaguardar la salud pública*" (Tobacco Industry Research Committee, 1954).

Sin embargo, la "*Frank Statement*" fue una farsa, siendo el primer paso de una campaña concertada de medio siglo de duración para engañar a los estadounidenses sobre los efectos catastróficos del tabaquismo y evitar políticas públicas que pudieran afectar a las ventas. Documentos de la industria desenterrados posteriormente revelaron la duplicidad repetida de sus ejecutivos. Todo estaba en juego: la industria quería desesperadamente evitar, o al menos retrasar, cambios en la opinión pública que pudieran desencadenar una avalancha de acciones legislativas, regulatorias y legales que erosionaran sus ventas y ganancias (Brownell y Warner, 2009).

Como respuesta al cúmulo de estudios que evidenciaban la relación del consumo de tabaco con distintas enfermedades, en primer lugar, la industria del tabaco promovió distintas investigaciones cuyo objetivo es demostrar la falta de relación entre

el tabaco y enfermedad, o que al menos permitían sembrar confusión. Su objetivo era promocionar investigaciones favorables, desprestigiar las que afectan a sus intereses, y generar un debate en el que no buscan ganar, sino mantener la incertidumbre.

Estas prácticas "científicas", en las que se involucró a distintos expertos, y se trató de alterar el proceso científico, fueron complementadas con otras tácticas de difusión a los profesionales y en medios de comunicación con el fin de influir en la opinión pública. Se aprovecharon además del margen de incertidumbre que el rigor de la ciencia impone para presentar los resultados adaptados a sus intereses, a pesar de que las evidencias se estaban acumulando rápidamente. Se distribuyeron folletos e informes en los que se afirmaba que no había motivos de preocupación entre médicos, responsables de medios de comunicación, políticos y entre la población general.

La trasposición de un problema científico, como por ejemplo la relación del tabaco con la enfermedad, a un gran debate social, favoreció que los medios de comunicación, preocupados por mantener una aparente imparcialidad, repartieran los tiempos y las informaciones de manera equilibrada. Es decir, otorgaban la misma credibilidad a la ciencia que a la opinión manipulada para vender un producto adictivo y que ya se sabía letal. Además, la repercusión de la publicación de informes en la prensa general es incomparablemente mayor que la de trabajos científicos en revistas especializadas a las que acceden profesionales interesados.

1.1.2. La historia del tabaquismo pasivo

La historia volvió a repetirse con la toxicidad del humo ambiental de tabaco. En 1981, se publican los resultados de un estudio que indican que las esposas de fumadores tienen mayor riesgo de cáncer de pulmón (Hirayama, 1981). El informe de 1986 del *Surgeon General* (Office on Smoking and Health, 2006) confirma que el tabaquismo involuntario es causa de enfermedad y muerte, en adultos y en niños, y advierte de que la simple separación entre fumadores y no fumadores no impide la exposición al humo de tabaco, por lo que sería necesario establecer políticas restrictivas en lugares públicos.

En respuesta a esta evidencia científica, en 1987, Philip Morris aboga por oponerse a las restricciones y recuperar la confianza de los consumidores, para lo cual debe esforzarse en cambiar la opinión científica y mantener la aceptabilidad social. Para ello, de nuevo financiaron más estudios, a través del Centro para la investigación del aire interior (CIAR) para contrarrestar los resultados de las investigaciones, e identificar posibles factores de confusión, y trató de minar la reputación de los investigadores,

y de la Agencia de Protección Ambiental (EPA) americana, que publicó resultados similares a los del Surgeon General en 1992 (Jinot y Bayard, 1994), acusándolos de practicar "mala ciencia".

Como se ha descrito en el capítulo previo, la industria tabacalera elaboró un conjunto de estrategias para alcanzar sus objetivos, que incluían: influir sobre presupuestos o funcionarios del CIIC para suprimir o retrasar el estudio; establecer contactos con los científicos que realizaran los estudios; dirigir y promover investigaciones para contrarrestar aquellas otras cuyas conclusiones fueran desfavorables para el tabaco; promover normas científicas para limitar la utilización de la epidemiología como base para políticas públicas, y crear una coalición independiente de científicos para criticar estudios perjudiciales para la industria; manipular la respuesta pública y de reglamentación a los resultados del estudio; suprimir la esperada monografía del CIIC sobre HAT o influir sobre ella.

Se intentó mantener la controversia viva, mediante la presentación en congresos y foros científicos, y la aparición de noticias en periódicos de prestigio, que contradijeran los hallazgos de la comunidad científica (Muggli et al., 2001). También se intentó la infiltración de sus científicos en la OMS, en el Centro de Investigación Internacional Contra el Cáncer (CIIC), y en otras instituciones. Científicos a sueldo, a menudo de otros campos de la ciencia, que trataban de socavar las evidencias solo con el peso de su prestigio ganado anteriormente en otras disciplinas.

Una revisión sistemática de 106 artículos sobre tabaquismo pasivo y efectos sobre la salud encontró que la mayoría de los estudios cuyos resultados no encontraban asociación entre la exposición al humo del tabaco y enfermedad tenían autores relacionados con la industria tabaquera (Barnes, 1998). Como la historia se sigue repitiendo, es bastante factible -de hecho, está descrito ya- que diversos conflictos de intereses estén presentes en las investigaciones sobre nuevos productos de tabaco, como cigarrillos electrónicos y tabaco calentado (McDonald, 2023).

En definitiva, la industria del tabaco influye sistemáticamente en la investigación científica, a través de asegurar resultados favorables, alterando el proceso científico, ocultando resultados, influyendo en las decisiones editoriales, distorsionando el proceso de revisión por pares, o involucrando a científicos. Respecto al humo ambiental de tabaco la evidencia era claramente concluyente en 1986; sin embargo, hasta mediados de la primera década del siglo XXI no se empezó a regular: 18 años al menos de ganancia mantenida.

1.1.3. Financiación de la investigación en otros DCS

Esta estrategia es lógicamente empleada por toda corporación que descubre que su fuente de ingresos es lesiva para la salud poblacional y está dispuesta a luchar denodadamente para mantenerla.

Es una de las actuaciones principales de la industria y a través de la cual obtiene su mayor beneficio. Aunque se puede dar en todos los campos es mayoritariamente en el ámbito de la industria farmacéutica y en el de la alimentación donde más puede encontrarse este tipo de actuaciones (Fink, 2020; Navarrete-Muñoz et al., 2018).

En la literatura científica existen varias revisiones sobre esta cuestión y sus conclusiones, aunque no siempre (Corcoran et al., 2021; Ferrell et al., 2022), casi siempre son similares: que es más probable que los estudios patrocinados por quien tiene conflictos de interés en la investigación, en comparación con los patrocinados por quienes no los tienen, refieran resultados y conclusiones más favorables, aunque no se perciban diferencias metodológicas en la calidad (Livinstone, 2018; Lundh et al., 2017, 2018).

Esto se ha descrito para compañías farmacéuticas o de aparatos médicos (Cristea et al., 2017; He et al., 2023; Lundh et al., 2017; Wise et al., 2021), así como para otros DCS, como el alcohol (Casswell, 2013; McCambridge y Hartwell, 2015), las bebidas de alto contenido azucarado (Bes-Rastrollo et al., 2013; Mandrioli et al., 2016), la de cannabis (Grundy et al., 2023) o el juego (Livingstone, 2018). Diversos de estos estudios concluyen que las diversas revisiones sistemáticas están sesgadas por conflictos de interés. Tampoco puede descartarse que alguna de las que no encuentran influencia de los potenciales conflictos de interés en los resultados también pueda tenerlas. En general, se encuentren o no asociación, casi todos los artículos citados refieren que un porcentaje significativo (entre el 15% y 30%) de los estudios no manifestaron sus potenciales conflictos de interés.

Fabbri et al. (2018) han señalado, además, que las diversas corporaciones internacionales no solo influyen en investigaciones concretas, sino en la agenda de la investigación, por influir previamente en el debate social.

En definitiva, las industrias definidas como DCS utilizan la financiación de investigaciones con el objetivo de sembrar la duda y la incertidumbre científica, para hacer aparecer los resultados como no concluyentes o sin consenso científico.

1.2. ESTRATEGIAS DE MARKETING

Toda empresa invierte grandes sumas de dinero en campañas publicitarias diseñadas para aumentar la demanda de sus productos. Esto puede incluir anuncios en televisión, radio, Internet, redes sociales y otros medios, así como promociones, el patrocinio de personajes de relevancia pública, o el uso de publicidad subliminal.

En definitiva, la publicidad en las industrias desempeña un papel crucial en la promoción y normalización del uso y consumo de estos productos, influyendo en las percepciones, actitudes y comportamientos de los usuarios o consumidores. Como consecuencia, es importante reconocer que estas estrategias pueden tener efectos perjudiciales para la salud pública, especialmente cuando se utilizan para promover consumos o actividades no saludables o sobre las que es relativamente fácil perder un cierto control personal.

A través de la publicidad, estas industrias han conseguido que la sociedad, y especialmente quienes son más jóvenes, consideren que fumar, beber, o algunos otros consumos o actividades sean vista como la conducta normal de una persona adulta. A modo de ejemplo, cuando en España fumaba un 23% de la población adulta, más de la mitad de los y las adolescentes consideraban que fumaban más del 75% de la población adulta.

El objetivo de las campañas publicitarias es "seducir" (*conducir a sí*, etimológicamente). Para ello se utilizan aquellas imágenes que puedan ser consideradas útiles en cada momento (*glamour*, sofisticación, transgresión, empoderamiento, libertad, preocupación social, éxito afectivo, ecología, etc.), sirviéndose también de personas con influencia como actores, actrices, modelos, cantantes, *influencers*, deportistas y, en ocasiones, también profesionales de la Sanidad.

A pesar de las regulaciones publicitarias, las industrias consideradas DCS siguen encontrando la manera de estar presente en nuestra cotidianidad: el cine, las series, la música, los conciertos, determinados eventos, los videojuegos, las redes sociales, muestran sistemáticamente el consumo habitual de tabaco o alcohol, por ejemplo, como algo normal.

Vivir en una sociedad de libertades implica habitualmente que está permitido todo aquello que no está estrictamente prohibido. Por ello, las entidades comerciales suelen hallar los resquicios oportunos para promocionar nuevos productos o algo no nuevo, pero con un cierto cambio de apariencia.

La publicidad que fue primeramente regulada fue la del tabaco y así lo recoge una de las iniciales del programa MPOWER, la E de *enforcement*, hacer cumplir. El programa de la OMS SAFER sobre el alcohol también cuenta con esa E, ese "hacer cumplir". Las restricciones se han ido perfilando cada vez, ya que a las primeras definiciones de lo que es promoción, publicidad y patrocinio siempre se les buscó alternativas interpretativas más laxas.

En las conductas de consumo la presencia de publicidad es un gran factor inductor del consumo. En España eso se ha visto claramente con la publicidad del juego, que ha sido recientemente regulada, pero que no lo es tanto en otros países.

En general, rara vez la mayor parte de las nuevas conductas se adquieren una vez alcanzada la madurez. De ahí que el principal grupo diana, directa o indirectamente, de casi todas las campañas promocionales de todos estos productos suele ser la población infanto-juvenil. El objetivo es que asuman que la conducta o el consumo es algo muy normal en la población adulta, con la que tarde o temprano acabarán identificándose.

Se sabe que ocurrió con la industria tabaquera, por la propia estructura de las campañas y porque se dispone de sus propios documentos. Sigue ocurriendo con los nuevos productos de tabaco: llegados al mercado español en 2006 y dirigidos fundamentalmente a las nuevas generaciones han carecido de una regulación adecuada hasta mayo de 2024.

El análisis crítico de las campañas de alcohol, juego y gran parte de las bebidas o alimentos muestra claramente cuál es su público diana, independientemente de lo que estas empresas digan o nieguen. Es muy llamativa la cantidad de anuncios de alimentos que existe en las denominadas cadenas infantiles: ver toda esta serie de anuncios es muy instructivo para todas aquellas personas con una responsabilidad parental o educativa.

Una estrategia de promoción, y de lavado de imagen, es que estas empresas se hagan responsables de las campañas preventivas de sus actividades. Ha ocurrido en casi todos los campos y, obviamente, su objetivo no es desincentivar el consumo.

1.3. ESTRATEGIAS DE *LOBBYING* Y DE RELACIONES PÚBLICAS

Las industrias pueden influir en las políticas gubernamentales a través de actividades de *lobbying* o cabildeo con el fin de promover o proteger sus intereses comerciales. Esto puede incluir la oposición a regulaciones más estrictas sobre la comercialización de productos, la resistencia al aumento de los impuestos, o la promoción de políticas que beneficien a la industria a expensas de la salud pública.

Woods et al. (2022) refieren que este el ejemplo más claro de poder instrumental, el más claro es el *lobbying*, definido como tratar de influir en un agente clave de la política o del gobierno y, por ejemplo, persuadirlos para que apoyen o se opongan a un cambio en la ley. Las estrategias de *lobbying* y de relaciones públicas suelen requerir grandes cantidades de dinero y, en general, poca transparencia. Puede hacerse también a través de donaciones a partidos o sociedades o a terceros para ejercer influencia en la toma de decisiones o también a través de amenazas de llevar las situaciones al terreno judicial que, aunque a la larga puedan ser ganadas, pueden tener un coste gravoso inasumible para las administraciones a corto-medio plazo.

En definitiva, el objetivo de las industrias es evitar las acciones de las administraciones de salud pública que vayan en contra de sus intereses. Las entidades buscan introducirse en los sistemas políticos y desde ahí ejercer su poder en forma principalmente de *lobbying* en áreas no estrictamente sanitarias. No debe perderse de vista que, por definición de actividad empresarial o comercial, toca a muchos otros intereses (como puestos de trabajo o impuestos, por ejemplo). Para realizar *lobbying* suelen crearse grupos de apoyo que secunden las actividades o la lucha contra la creación de políticas de regulación, que se utilizan como pantallas, para dar la impresión de que son los intereses de otras personas o entidades las que salen perjudicadas y no las de la propia industria.

En muchas de estas industrias se utiliza lo que se denomina un sistema de puertas giratorias por el que personas que han tenido responsabilidades políticas pasan a trabajar para estas industrias con el fin de lubricar las diversas relaciones.

Si bien los gobiernos de los países más desarrollados económicamente tienen más posibilidad de resistirse a estas presiones, esta tarea es más dificultosa en los países más pobres. Allí la industria influye en las personas de los gobiernos o administraciones mediante sanciones económicas, amenazas para el establecimiento de aranceles o compra de voluntades para poder ampliar el mercado y generar más beneficios.

Cuando la aprobación de leyes parece inevitable, estas industrias pueden adelantarse proponiendo normas parciales, acuerdos voluntarios, autorregulaciones u otras estrategias que diluyen la norma prevista y muestran una aparente disposición constructiva. Se ha visto en diversos países con las propuestas de etiquetado de alcohol o de alimentos . Es decir, realizan acciones antes de que la otra parte pueda reaccionar.

1.4. ESTRATEGIAS DE RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA (RSC)

Las estrategias de RSC son prácticas de gestión reputacional de la industria. Son un intento por parte de estas empresas de demostrar un compromiso con la sociedad y el medio ambiente. Sin embargo, es importante reconocer que en muchos casos estas estrategias pueden estar diseñadas para mejorar la imagen de la empresa sin abordar verdaderamente los impactos negativos de sus productos en la salud pública, cuyo fin es desviar la atención sobre lo poco idóneo de sus productos y blanquear la reputación de sí mismos.

Pueden llevar a cabo estrategias como:

- patrocinio de eventos y programas (p. ej., eventos deportivos, culturales, musicales);
- programas de educación y concienciación (p. ej., uso y consumo responsable, seguridad vial en el caso del alcohol);
- iniciativas de sostenibilidad ambiental para reducir su impacto ambiental (p. ej., colillas o desechos);
- solidaridad y apoyo de causas populares, como la celebración del 8 de Marzo o la colaboración en programas contra la violencia contra las mujeres (de las que la propia industria del alcohol es parcialmente responsable);
- el compromiso con la investigación y el desarrollo (p. ej., financiar investigaciones para abordar los problemas relacionados con sus productos);
- la autorregulación, demostrando un compromiso con los problemas relacionados por sus productos (p. ej., sistemas de monitoreo, propuesta de soluciones).

La sensibilidad ecológica actual obliga a muchas de estas empresas a hacer tareas de *greenwashing*, estrategia de mercado que utilizan algunas empresas para aparentar ser más respetuosas con el medio ambiente de lo que en realidad son. Es una

práctica de marketing engañosa a la que recurren en sus comunicaciones o campañas para tratar de limpiar su actividad y mejorar su reputación, aprovechando la creciente conciencia ambiental de los consumidores.

Lavados similares ocurren a veces con campañas de lucha contra la desigualdad o el trabajo infantil o con la cooperación al desarrollo (hubo una época en que la marca de cigarrillos Fortuna se comprometía a ofrecer el 0,7% del precio, equivalente a dos céntimos, para atraer a la población juvenil que sintonizaba con la idea).

1.5. OTRAS ESTRATEGIAS

Es imposible resumir todo tipo de estrategias que pueden ser utilizadas para colaborar con la difusión de un producto o de una actividad.

1.5.1. Alianzas con otras grupos, empresas o instituciones

Para defender sus intereses, estas industrias no dudan en establecer alianzas entre ellas o con otros sectores. Así, por ejemplo, para combatir la regulación de los espacios sin humo la industria del tabaco suele acudir al sector de la restauración, del alcohol o del ocio nocturno. También aparecen grupos o asociaciones ciudadanas que, con una financiación opaca, refieren verse afectados en sus derechos o libertades por las nuevas regulaciones.

En ocasiones, sociedades científicas recomiendan o promueven determinados productos cuyo valor nutritivo o sanitario es discutible. Ha pasado en España (ver el capítulo de la alimentación) y ha pasado en Estados Unidos, donde la agencia gubernamental ADA (Asociación Dietética Estadounidense) ha promovido materiales educativos sobre nutrición, patrocinadas por empresas alimentarias, redactadas conjuntamente y difundidas a través de diversos canales, incluyendo la revista y el sitio web de la asociación. Ejemplos de estas publicaciones incluyen consejos sobre alimentación saludable para familias, patrocinados por marcas como Wendy's®, o la promoción de alimentos específicos como el cacao y el chocolate, financiados por el Centro Hershey para la Salud y la Nutrición (Brownell y Warner, 2009). En marzo de 2008, la ADA anunció una asociación con Coca-Cola®, destacando los beneficios de convertirse en socio de la asociación para la promoción y el acceso a eventos clave en el campo de la nutrición. Esta relación plantea interrogantes sobre la objetividad de la información proporcionada por la ADA, especialmente dado su enfoque en la neutralidad de los alimentos, una posición que la industria alimentaria ha aprovechado para sus propios intereses, emulando estrategias utilizadas previamente por la industria tabacalera.

1.5.2. Relaciones con profesionales de la salud

Aparte de la interferencia en los procesos de investigación, puede existir una interferencia en la actuación de quienes ejercen actividades clínicas, especialmente si tienen actividad prescriptora. La interacción entre profesionales de la salud y representantes de la industria farmacéutica es un campo de límites no bien definidos. En el contexto del libre mercado, algunas personas pueden ver esta práctica como normal y legítima, reflejando el deseo de la industria de aumentar su participación en el mercado (Jadresic y Correa, 2004). En el pasado los representantes de la industria farmacéutica ofrecían diversos obsequios básicos o no tan básicos. Actualmente, financian inscripciones o traslados a congresos, cenas e incluso artículos de uso personal. Es comprensible que recibir estos obsequios sea gratificante, y muchas personas los consideran como una forma legítima de establecer una relación agradable entre el promotor de un producto y el prescriptor o facultativo. Sin embargo, la comparación con relaciones en otros ámbitos, donde las personas promueven productos, no es apropiada, ya que el profesional de la medicina tiene un rol fiduciario o de cuidado con sus pacientes. Esto significa que tiene la obligación de velar por el bienestar de quienes acuden a él como su principal objetivo (Chren et al., 1989). En otras palabras, es el paciente más que el profesional sanitario, quien finalmente experimenta las consecuencias de esta interacción. Que la cuestión no es tan clara como quieren presentarla algunas personas puede comprobarse en la reticencia que los profesionales tienen a la hora de ser transparentes y transmitirles los potenciales -que no reales- conflictos de interés que podrían tener.

Las relaciones entre los profesionales de la salud y algunas industrias han generado un deterioro de la salud pública y del profesionalismo, debido a la existencia de conflictos de interés. La OMS (2014) los define como "cualquier interés declarado por un experto que podrá afectar o que razonablemente se podrá percibir que afecta la objetividad e independencia del experto en su facilitación de asesoramiento".

1.5.3. Cadenas de suministro

Su finalidad es poder facilitar el acceso a estos productos en cualquier parte del mundo, así se incrementa el poder de influencia, sobre todo a nivel mundial. Con esto, además de conseguir ampliar su cuota de mercado, las industrias tienen un mayor poder que las pequeñas y medianas empresas (Gullón y Fontán, 2023).

Por otro lado, se describió la globalización como un causante de daño ya que los productos consumidos no son saludables, en parte porque los productos saluda-

bles tienen un mayor costo y menores márgenes de beneficio (de Lacy Vawdon y Livingstone, 2020).

En cuanto a las prácticas de residuos, los costes de restauración se externalizan, es decir, los costes derivados de los daños sobre la salud y los daños ambientales generados por la producción, el uso y la eliminación de los productos no son asumidos por la industria sino que lo asumen los países en los que instalan sus industrias. Así también evitan encarecer el costo final de sus productos (Freudenberg y Galea, 2008).

1.5.4. Manipulación del lenguaje

La manipulación del lenguaje es una estrategia comúnmente empleada para influir en las percepciones del público y promover sus intereses comerciales, incluso cuando estos puedan estar en conflicto con la salud pública. No es algo exclusivo de los DCS ni mucho menos. Algunas de las formas más frecuentes de manipulación del lenguaje incluyen 1) responsabilidad individual; 2) el impacto económico; y 3) el lenguaje engañoso.

1. Responsabilidad individual: Las industrias de productos nocivos suelen enfatizar la responsabilidad individual en lugar de reconocer los factores sociales y contextuales que contribuyen a los problemas de salud. Las industrias aluden a que las personas disponen de la información necesaria para tomar sus decisiones, y que, si han tomado una decisión, ha sido libre y responsable. Esto puede tener como consecuencia la culpabilización a la persona de los problemas relacionados con el consumo de una sustancia, ignorando los impactos de la publicidad engañosa, la disponibilidad de productos poco saludables y otros factores ambientales y sociales. En esta línea, se argumenta que los consumidores tienen el derecho a elegir lo que consumen y que cualquier intervención regulatoria que restrinja esta libertad es una intrusión injustificada en la vida personal. Esta retórica puede utilizarse para resistir regulaciones sobre la publicidad, el etiquetado y la disponibilidad de productos nocivos, minimizando así la responsabilidad de las industrias en la promoción de comportamientos poco saludables.

2. Impacto económico: Las industrias pueden exagerar el impacto económico positivo, presentándose como generadoras de empleo (p. ej., "damos empleo a más de 1 millón de personas), riqueza (p. ej., dinero recaudado por el estado por los impuestos) y desarrollo económico. Esta narrativa puede utilizarse para

presionar contra regulaciones más estrictas que podrían afectar sus ganancias, incluso si estas regulaciones están destinadas a proteger la salud pública y el bienestar general.

3. Lenguaje engañoso: Las industrias pueden emplear lenguaje engañoso o eufemismos para minimizar los riesgos asociados con sus productos y crear una percepción más positiva de los mismos. Puede servir a modo de ejemplo el denominar "vapers" en lugar de "cigarrillos electrónicos", o utilizar palabras como "light" para bebidas alcohólicas con menor graduación (anteriormente también utilizado en cigarrillos), o etiquetar algunos alimentos como "sin aceite de palma" o "producto eco" para destacar su salubridad.

2. MEDIDAS DE CONTROL O PREVENCIÓN AMBIENTAL

2.1. MONITORIZACIÓN

Monitorización es la primera medida reflejada en el programa MPOWER de la OMS. Corresponde a la primera letra, la M. ¿Qué conviene monitorizar?

En primer lugar, los efectos derivados del DCS: conviene adquirir una dimensión adecuada del problema que ocasiona, de las circunstancias que se asocian con estos problemas deletéreos y cómo pueden abordarse. Es factible que estos análisis sean cuestionados por quienes pretenden ganar tiempo, posponiendo la regulación o defendiendo la ausencia de necesidad de que entre en vigor.

En segundo lugar, conviene monitorizar las actividades de la industria problemática. Tres razones podrían justificar su monitorización:

1. Estas industrias son el principal obstáculo para reducir o evitar los daños que ocasionan. Probablemente no sean el único obstáculo, pero sí el más relevante y con gran diferencia del resto.

2. Conviene tener en cuenta que el objetivo de toda empresa es el rendimiento económico. Esto implica que ir contra su principal objetivo garantiza que es

esperable una falta de voluntariedad por su parte y que solo van a cambiar si se ven obligadas a ello.

3. Si no existe una actividad continua de monitorización, nuestros esfuerzos serán mucho menos productivos, ya que ante cualquier regulación que pueda dificultar la consecución de sus intereses, utilizarán todos los recursos disponibles para intentar disminuir sus efectos. Evolucionan continua e intencionalmente, por lo que medidas en principio útiles, pueden ser descafeinadas por sus reacciones.

Dentro de las actividades a monitorizar se encuentran principalmente aquellas que se derivan de sus estrategias básicas: cómo son sus campañas de promoción y publicidad, su actividad de presión política, de distorsión de la evidencia científica, sus campañas de imagen , qué alianzas establecen, qué grupos pantalla utilizan y, en definitiva, qué tipo de estrategias de interferencia utilizan para prolongar o mejorar las condiciones en las que actúan.

En los DCS el objetivo es conseguir evitar los efectos deletéreos sobre la población que una serie de industrias ejercen. Es importante, por ello, monitorizar también si la aplicación de las medidas de control empleadas tiene una eficacia real y a qué pueden atribuirse los resultados obtenidos.

2.2. EVITAR EL RETRASO EN LA REGULACIÓN

Un gobierno racional aplica las regulaciones que considera oportunas cuando existe evidencia bastante concluyente de que estas van a ser útiles. En un campo en el que la experiencia muestra que es bastante probable que parte de la "evidencia científica" esté distorsionada, esperar a que la evidencia sea concluyente implica caer en el juego de quien tiene como objetivo clave tiene "reorientar" la evidencia científica, sembrar dudas, para intentar conseguir que la cuestión aparezca como aún no resuelta del todo y, consecuentemente, pueda ser pospuesta, por precipitada, toda decisión regulatoria.

Es importante desconfiar de lo que se vende como evidencia científica y analizar los potenciales conflictos de interés, conscientes o inconscientes, que se puedan presentar en los trabajos de investigación.

En ausencia de evidencia concluyente sobre la eficacia de una medida concreta, Salud Pública siempre tiene el *screen test*, el test del grito: se anuncia la medida y se espera la reacción de los potencialmente afectados. El grado de reacción suele

ser proporcional a la eficacia de la medida, aunque pueden variar las justificaciones aportadas. Es llamativo que en ocasiones las industrias reaccionen ante las regulaciones señalando que, en vez de conseguir los efectos buscados (menor nivel de consumo, por ejemplo), van a conseguir lo contrario y que pueden acabar perjudicando la salud poblacional, algo que en principio les beneficiaría.

2.3. AUTORREGULAR RARAMENTE RESPONDE A LOS INTERESES DE LA POBLACIÓN MÁS VULNERABLE

La experiencia del tabaco, alcohol, industrias contaminantes y muchas otras muestra que la única razón de ser de la autorregulación industrial es evitar una regulación que tenga efectos reales y que pueda perjudicar los intereses de la industria. Carece de sentido discutirlo, porque tiende a ser como poner a la zorra a cuidar el gallinero. Indudablemente las empresas son conscientes de que existen límites en su actuación y habitualmente no los traspasan, salvo que realmente les compense cara a sus objetivos fundamentales, que no siempre son a largo plazo y que no tienen porqué coincidir con el bienestar de la población, aunque a veces pueda hacerlo.

Adicionalmente, como se ha comentado en la última de las estrategias de estas industrias, muchas de ellas intentan traspasar la responsabilidad de sus actuaciones a quienes son sus clientes (sus víctimas), algo que es evidente en las industrias contaminantes y responsables del cambio climático, pero que también es obvio en otras conductas con componentes adictivos en las que propagan consumos responsables, dando a entender que el problema no está en el producto o la actividad, sino en las características personales de quien los usa.

2.4. HACER CUMPLIR LA NORMATIVA ESTABLECIDA

Lo importante no es solo que las leyes o las regulaciones sean buenas, sino que se apliquen. En inglés utilizan la palabra “enforce” (algo así como hacer fuerza). La ausencia de cumplimiento de las diversas normativas ha de tener consecuencias para quien los cumple, consecuencias que sean de una dimensión tal que no aumenten las probabilidades de incumplimiento.

2.5. APROVECHAR LAS VENTAJAS IMPOSITIVAS

La subida de los impuestos sobre las actividades , consumos o productos son una herramienta muy útil, tanto como para influir sobre las personas que son víctimas -casi nunca totalmente voluntarias- de las estrategias de los DCS como para influir

en las actitudes de estos DCS. Cuando el objetivo primario es el beneficio económico, toda disminución de este tiende a hacer que la actividad comercial compense menos.

En tabaco el resultado suele ser muy espectacular. En alcohol se aplica menos, pero, dado que la demanda es más elástica, se postula que no tiene menos efecto, sino al contrario. Lo mismo es aplicable a industrias contaminantes.

2.6. REPERCUTIR LA RESPONSABILIDAD DE LOS EFECTOS

Una manera de disminuir el objetivo primario de las industrias es repercutir sobre ellas parte de los perjuicios que ocasionan y que habitualmente no caen sobre ellas. Algo que se observa en los DCS es que estas empresas, por ser poderosas y competentes en lo suyo, han conseguido elaborar o modificar las reglas del juego de manera que jueguen a su favor. Es de justicia cambiar determinadas reglas del juego para así poder proteger a la parte de la población que es más vulnerable a sus prácticas. Dentro de cambiar las reglas del juego es hacerlas responsables de parte de sus efectos.

2.7. TRANSPARENCIA

Dada la importancia que tienen la actividad de estas empresas las estrategias de *lobbying* y de relaciones públicas para poder influir en las decisiones políticas es ineludible aplicar políticas de gran transparencia con ellas.

2.7.1. Artículo 5.3. del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) de la OMS

El artículo 5.3 del Convenio Marco para el Control del Tabaco (CMCT) establece la obligación general para que los Estados Parte puedan fijar el marco jurídico que permita hacer frente de forma eficaz a intentos de interferencia de la industria tabacalera en la implementación de políticas públicas de control del tabaco.

Su resumen podría ser: serán legales, pero no son de fiar ni se les ha de considerar respetables. Como se dice en los principios rectores de las directrices de este artículo "*existe un conflicto fundamental e irreconciliable entre los intereses de la industria tabacalera y los intereses de las políticas de salud pública*". Esto probablemente deba ser aplicado a una gran parte de los DCS.

En tabaco –y esto sería extrapolable al resto de DCS– es imprescindible reconocer la necesidad de mantener la vigilancia ante cualquier intento de la industria de socavar o desvirtuar las actividades de control, algo que siempre intentará darse.

Las directrices del artículo 5.3 del CMCT recogen y desarrollan cómo conviene realizar esta vigilancia ineludible. En concreto, detallan medidas que es conveniente llevar a cabo, entre las que se encuentran:

- Establecer medidas para limitar las interacciones con la industria tabacalera y asegurar la transparencia de las que se produzcan.
- Rechazar las alianzas y los acuerdos que no sean vinculantes o de obligado cumplimiento con la industria tabacalera.
- Evitar conflictos de intereses para los funcionarios y empleados públicos.
- Desnormalizar y en la medida de lo posible regular las actividades que la industria tabacalera describe como «socialmente responsables», incluidas aquellas descritas como de «responsabilidad social institucional», pero sin limitarse a éstas.
- No conceder trato preferencial a la industria tabacalera.

Mutatis mutandi estas medidas son extrapolables también a los diversos DCS.

2.7.2. ¿Qué implica la transparencia?

La transparencia gubernamental o de la función pública consiste en que la información sobre las actividades de los organismos públicos sea creada y esté a disposición del público, con excepciones limitadas, de manera oportuna y en formatos de datos abiertos sin límites para la reutilización.

Implica que deben hacerse constar todos los encuentros con aquellos grupos con potenciales intereses, así como su contenido. En caso contrario, no puede descartarse que surjan conflictos de intereses.

Suele ser necesario que determinadas personas que son empleadas públicas deban encontrarse con quienes trabajan para estas empresas, pero se debe ser consciente que este tipo de interacciones deben ser transparentes.

2.7.3. Conflictos de interés

Cualquier interés declarado por un experto que podrá afectar o que razonablemente se podrá percibir que afecta la objetividad e independencia del experto en su facilitación de asesoramiento. Los conflictos de interés pueden ser financieros y no financieros.

- Financiero: se pueden medir en divisas o dinero, es decir, dinero recibido por un trabajo comisionado o un honorario por una conferencia.

- No financiero: no se pueden medir en divisas o dinero, lo que hace que sean más difíciles de identificar. Estos intereses abarcan cualquier influencia que pueda ser percibida como comprometiendo la objetividad de un individuo. Por ejemplo, el deseo de avanzar profesionalmente o ganar reconocimiento, la búsqueda de financiamiento para investigaciones, etc.

La OMS (2013) desarrolló una propuesta de herramienta que ayuda a sus Estados miembros a prevenir y controlar CDI con las políticas de la industria. Mientras la mayoría de los estados miembros, ONGs e instituciones académicas apoyaron las medidas; las organizaciones del sector comercial las calificaron como inapropiadas, imposibles de llevar a cabo e incompatibles con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (también conocidos como Agenda 2030) (Naciones Unidas, 2015).

3. MEDIDAS DE CONTROL

Todas las estrategias descritas para regular las consecuencias de los DCS pueden resumirse en la palabra control.

El control o la prevención ambiental constituyen un enfoque integral para abordar los riesgos para la salud pública asociados con factores ambientales y sociales. Esta estrategia se centra en identificar, evaluar y gestionar los riesgos ambientales que pueden afectar la salud de las personas y las comunidades, con el objetivo de prevenir enfermedades y promover el bienestar general.

Este enfoque resultó un cambio significativo de paradigma, ya que, hasta entonces, la prevención había estado centrada en las llamadas “medidas de reducción de la demanda”, donde se incluyen los programas de prevención escolar, familiar o laboral entre otros. No obstante, en los últimos años la evidencia ha indicado que

las acciones dirigidas al individuo son necesarias, pero no suficientes, para lograr un impacto significativo en las conductas de las personas (Burkhart, 2011). En esta línea, se han puesto en marcha una serie de acciones bajo la premisa de que la mejor manera de cambiar una conducta es cambiar el contexto donde se lleva a cabo la misma (Matjasko et al., 2016), surgiendo así lo conocido como prevención basada en la reducción de la oferta.

Bajo el término control se hace referencia al conjunto de medidas legislativas cuyo objetivo es *desnormalizar* el uso o consumo de sus productos, actuando sobre los factores que influyen en su oferta y en su demanda. Estas medidas de control no se ciñen solamente a ámbitos clínicos o asistenciales, sino que abarcan otros ámbitos legales y normativos, económicos, informativos y educativos, etc. (Fernández y Peruga, 2022; Martínez et al., 2021; OMS, 2008).

Bajo el paradigma del control, se encuentran las siguientes ideas:

- Hay muchos problemas de salud que para resolverse necesitan antes la actuación de los parlamentos y de los gobiernos (en los órganos legislativos y ejecutivos correspondientes) que en las consultas, quirófanos y hospitales (que también es precisa, pero, en segundo lugar).

- Mientras que, en determinados comportamientos, los profesionales sanitarios han tendido a priorizar sus aspectos adictivos o patológicos, no se ha sido del todo conscientes que estos comportamientos son primariamente conductas: conductas o comportamientos que son influenciables por los mismos condicionantes ambientales y sociales que lo son el resto de las conductas.

- Contrarrestar la promoción de las conductas y/o productos poco saludables implica enfrentarse a una serie de industrias, que para ello utilizan una gran cantidad de recursos humanos y materiales. Negarse a ver esta actuación como un claro enfrentamiento —un parar los pies a las tácticas predatorias de determinadas industrias— es desconocer por completo la realidad.

Las estrategias de prevención, protección y control tienen como objetivo cambiar los determinantes sociales, ambientales e individuales que promueven el uso y consumo de sus productos. Esto incluye tanto el retraso del inicio del consumo como la promoción de su abandono. Se trata de iniciativas encaminadas a reducir la influencia de los factores de riesgo, ya sean de carácter ambiental (social y económico), del entorno inmediato o individual, así como a aumentar los factores de protección.

Las estrategias de control pueden clasificarse en varios grupos según la acción que se lleva a cabo:

1. Estrategias encaminadas al control de la oferta, centradas en reducir la disponibilidad y accesibilidad. Se incluyen acciones como la restricción de la ubicación, la regulación de la compraventa (p. ej., precio, horarios, edad mínima), o la regulación de su consumo en determinados lugares.

2. Los mecanismos de contra-marketing son una estrategia diseñada para contrarrestar las tácticas de marketing utilizadas por las empresas para promover productos o comportamientos que pueden tener un impacto negativo en la salud pública (Palmedo et al., 2017). Por ejemplo, a través de criticar las acciones y la manipulación de la industria, y desmitificar las afirmaciones engañosas, entre otras.

3. Regulación de sus productos, implementando políticas y regulaciones para controlar la composición, el etiquetado, la publicidad y la comercialización de productos nocivos. Donde se incluye la regulación de la cantidad de ingredientes que puede contener (p. ej., aditivos y saborizantes), qué información debe aparecer en su envase, o qué advertencias que se deben incluir.

4. Medidas dirigidas a regular la publicidad, promoción y patrocinio de sus productos y marcas. Por ejemplo, se pueden llevar a cabo acciones como regular los horarios de emisión en la televisión, restringir el patrocinio a equipos de fútbol o a personajes de relevancia pública, y regular la publicidad dirigida a niños o asociada a ciertas características (p. ej., éxito social).

5. Estrategias encaminadas al control de la demanda, intervenciones que tratan de influir sobre las audiencias modificando sus creencias, sus actitudes o su comportamiento en relación con el tabaco. Estas campañas suelen abordar temas como los riesgos para la salud asociados con el consumo de sustancias, las habilidades para resistir la presión de grupo y las alternativas de estilo de vida saludable.

6. Desarrollo de competencias, centrada en fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y las comunidades para tomar decisiones saludables y resistir la presión de los factores de riesgo. Estas estrategias suelen estar generalmente incluidas en los programas educativos de prevención. Trabajan y promueven el desarrollo de las habilidades generales para la interacción

social, de resistencia a la presión a consumir, y para la toma de decisiones y/o la resolución de problemas. Se incluyen también a menudo otras de carácter más general como el desarrollo del espíritu crítico, de la capacidad de análisis, etc. Estos programas suelen contener también otros elementos (informativos, afectivos o de cambio de actitudes), que los complementan y que contribuyen a mejorar su eficacia; así, por ejemplo, la toma de decisiones requiere el concurso de los contenidos informativos necesarios para poder tomar tales decisiones. Habitualmente estas estrategias suelen incluirse bajo la definición de prevención y no propiamente bajo el concepto de control.

7. Estrategias asistenciales y de apoyo, las cuales se refieren a la provisión de servicios de tratamiento, rehabilitación y apoyo para aquellas personas que experimentan problemas relacionados con el uso o consumo de sus productos. Para aumentar la efectividad de estos intentos, y para ayudar a quienes no consiguen dejarlo sin ayuda, el desarrollo de una respuesta eficaz de apoyo es un elemento necesario. Además de las campañas comunitarias dirigidas a fomentar el abandono del consumo de tabaco, existen diversos tipos de intervenciones de apoyo.

Las actuales dimensiones de determinados problemas de salud no pueden entenderse si no se tiene en cuenta el papel que han jugado y siguen jugando las diversas multinacionales, transnacionales, de los diversos sectores.

Conociendo los problemas y qué tipo de herramientas se han demostrados útiles para resolverlas, está en manos de quienes trabajan en este campo proteger a la población de las tácticas predatorias de una serie de industrias, de los intereses económicos de un pequeño grupo de personas.

REFERENCIAS

Becoña, E. (2021). *Prevención ambiental en el consumo de drogas*. Plan Nacional sobre drogas. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2021_PrevencionAmbientalDrogas.pdf

Bes-Rastrollo, M., Schulze, M. B., Ruiz-Canela, M., y Martinez-Gonzalez, M. A. (2013). Financial conflicts of interest and reporting bias regarding the association between sugar-sweete-

ned beverages and weight gain: a systematic review of systematic reviews. *PLoS medicine*, *10*(12), e1001578. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001578

Brownell, K. D., y Warner, K. E. (2009). The perils of ignoring history: Big Tobacco played dirty and millions died. How similar is Big Food?. *The Milbank quarterly*, *87*(1), 259–294. https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2009.00555.x

Buckley, C. (1995). *Thank you for smoking*. Grijalbo

Burkhart, G. (2011). Environmental drug prevention in the EU. Why is it so unpopular? *Adicciones, 29*, 87-100. https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/151/151

Buse, K., Tanaka, S., y Hawkes, S. (2017). Healthy people and healthy profits?. Elaborating a conceptual framework for governing the commercial determinants of non-communicable diseases and identifying options for reducing risk exposure. *Globalization and health*, *13*(1), 34. https://doi.org/10.1186/s12992-017-0255-3

Casswell, S. (2013). Vested interests in addiction research and policy. Why do we not see the corporate interests of the alcohol industry as clearly as we see those of the tobacco industry? *Addiction, 108*(4), 680-685. https://doi.org/10.1111/add.12011

Chartres, N., Fabbri, A., y Bero, L. A. (2016). Association of Industry Sponsorship With Outcomes of Nutrition Studies: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA internal medicine*, *176*(12), 1769–1777. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.6721

Chartres, N., Sass, J. B., Gee, D., Bălan, S. A., Birnbaum, L., Cogliano, V. J., Cooper, C., Fedinick, K. P., Harrison, R. M., Kolossa-Gehring, M., Mandrioli, D., Mitchell, M. A., Norris, S. L., Portier, C. J., Straif, K., y Vermeire, T. (2022). Conducting evaluations of evidence that are transparent, timely and can lead to health-protective actions. *Environmental Health, 21*(1), 123. https://doi.org/10.1186/s12940-022-00926-z

Chren, M. M., Landefeld, C. S., y Murray, T. H. (1989). Doctors, drug companies, and gifts. *JAMA*, *262*(24), 3448–3451.

Corcoran, A., Hillman, C., Cole, T., Anderson, M., Weaver, M., Johnson, B. S., Hartwell, M., y Vassar, M. (2021). Association between author conflicts of interest and industry-sponsorship with the favorability of outcomes of systematic reviews focusing on treatments of erectile dysfunction. *Andrology*, *9*(6), 1819–1827. https://doi.org/10.1111/andr.13064

Cristea, I. A., Gentili, C., Pietrini, P., y Cuijpers, P. (2017). Sponsorship bias in the comparative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy for adult depression: meta-analysis. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, *210*(1), 16–23. https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.179275

Fabbri, A., Lai, A., Grundy, Q., y Bero, L. A. (2018). The Influence of Industry Sponsorship on the Research Agenda: A Scoping Review. *American journal of public health*, *108*(11), e9–e16. https://doi.org/10.2105/AJPH.2018.304677

Ferrell, S., Demla, S., Anderson, J. M., Weaver, M., Torgerson, T., Hartwell, M., y Vassar, M. (2022). Association between industry sponsorship and author conflicts of interest with outcomes

of systematic reviews and meta-analyses of interventions for opioid use disorder. *Journal of substance abuse treatment*, *132*, 108598. https://doi.org/10.1016/j.jsat.2021.108598

Fink, N. E. (2020). Conflicts of interest and an approach to managing them. *EJIFCC*, *31*(4), 292–301.

Freudenberg, N., y Galea, S. (2008). The Impact of Corporate Practices on Health: Implications for Health Policy. *Journal of Public Health Policy, 29,* 86–104 https://doi.org/10.1057/palgrave.jphp.3200158

Fuchs, D. (2005). Commanding heights?. The strength and fragility of business power in global politics. *Millennium, 33*(3), 771-801. https://doi.org/10.1177/03058298050330030501

Graham, S. S., Karnes, M. S., Jensen, J. T., Sharma, N., Barbour, J. B., Majdik, Z. P., y Rousseau, J. F. (2022). Evidence for stratified conflicts of interest policies in research contexts: a methodological review. *BMJ open*, *12*(9), e063501. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-063501

Grundy, Q., Imahori, D., Mahajan, S., Garner, G., Timothy, R., Sud, A., Soklaridis, S., y Buchman, D. Z. (2023). Cannabis companies and the sponsorship of scientific research: A cross-sectional Canadian case study. *PloS one*, *18*(1), e0280110. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280110

Hansen, C., Lundh, A., Rasmussen, K., y Hróbjartsson, A. (2019). Financial conflicts of interest in systematic reviews: associations with results, conclusions, and methodological quality. *The Cochrane database of systematic reviews*, *8*(8), MR000047. https://doi.org/10.1002/14651858.MR000047.pub2

He, Z., Huang, X., Chen, D., Wang, G., Zhu, Y., Li, H., Han, S., Shi, L., y Guan, X. (2023). Sponsorship bias in published pharmacoeconomic evaluations of national reimbursement negotiation drugs in China: a systematic review. *BMJ Glob Health, 8(*11), e012780. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-012780

Jadresic, E. y Correa, E. (2004). El conflicto de intereses en medicina: una preocupación de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía (SONEPSYN). *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, *42*(1), 22-28. https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272004000100003

Lacy-Nichols, J., Nandi, S., Mialon, M., McCambridge, J., Lee, K., Jones, A., Gilmore, A. B., Galea, S., de Lacy-Vawdon, C., de Carvalho, C. M. P., Baum, F., y Moodie, R. (2023). Conceptualising commercial entities in public health: beyond unhealthy commodities and transnational corporations. *Lancet*, *401*(10383), 1214–1228. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00012-0

Livingstone, C. (2018). A case for clean conferences in gambling research. *Drug and alcohol review*, *37*(5), 683–686. https://doi.org/10.1111/dar.12678

Lundh, A., Lexchin, J., Mintzes, B., Schroll, J. B., y Bero, L. (2017). Industry sponsorship and research outcome. *Cochrane Database System Review, 2*(2), MR000033. https://doi.org/10.1002/14651858.MR000033.pub3

Lundh, A., Lexchin, J., Mintzes, B., Schroll, J. B., y Bero, L. (2018). Industry sponsorship and research outcome: systematic review with meta-analysis. *Intensive Care Medicine, 44*(10), 1603-1612. https://doi.org/10.1007/s00134-018-5293-7

Maani, N., Petticrew, M., y Galea, S. (2023). *The Commercial Determinants of Health*. Oxford University Press.

McCambridge, J., y Hartwell, G. (2015). Has industry funding biased studies of the protective effects of alcohol on cardiovascular disease? A preliminary investigation of prospective cohort studies. *Drug and alcohol review*, *34*(1), 58–66. https://doi.org/10.1111/dar.12125

Mandrioli, D., Kearns, C. E., y Bero, L. A. (2016). Relationship between Research Outcomes and Risk of Bias, Study Sponsorship, and Author Financial Conflicts of Interest in Reviews of the Effects of Artificially Sweetened Beverages on Weight Outcomes: A Systematic Review of Reviews. *PloS one*, *11*(9), e0162198. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0162198

Martorell, J. (2002). Cómo las compañías farmacéuticas subordinan la vida humana a sus beneficios. *Capitalism, Nature, Socialism 13*(49), 135-140 https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/269190.pdf

Matjasko, J. L., Cawley, J. H., Baker-Goering, M. M., y Yokum, D. V. (2016). Applying behavioral economics to public health policy: Illustrative examples and promising directions. *American Journal of Preventive Medicine, 50*(5), S13–S19. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2016.02.007

Mialon, M., Swinburn, B., y Sacks, G. (2015). A proposed approach to systematically identify and monitor the corporate political activity of the food industry with respect to public health using publicly available information. *Obesity reviews: an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, *16*(7), 519–530. https://doi.org/10.1111/obr.12289

Naciones Unidas (2015). *United Nations Sustainable Development Summit 2015*. https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/summit

Navarrete-Muñoz, E. M., Tardón, A., Romaguera, D., Martínez-González, M. Á., y Vioque, J. (2018). La financiación de la industria alimentaria y la investigación epidemiológica sobre nutrición y salud. *Gaceta Sanitaria, 32*(2), 168-171. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.04.002

Nestlé, M. (2016). Food industry funding of nutrition research. The relevance of history for current debates. *Médico Interno JAMA, 176*(11), 1685–1686. https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2016.5400

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014). *Manual para el desarrollo de directrices*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254669/9789243548968-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Palmedo, P. C., Dorfman, L., Garza, S., Murphy, E., y Freudenberg, N. (2017). Countermarketing alcohol and unhealthy food: An effective strategy for preventing noncommunicable diseases? Lessons from tobacco. *Annual review of public health*, *38*, 119–144. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031816-044303

Petticrew, M. P., Lee, K., y McKee, M. (2012). Type a behavior pattern and coronary heart disease: Philip Morris's "crown jewel". *American journal of public health*, *102*(11), 2018–2025. https://doi.org/10.2105/AJPH.2012.300816

Smith, K. E., Savell, E., y Gilmore, A. B. (2013). What is known about tobacco industry efforts to influence tobacco tax? A systematic review of empirical studies. *Tobacco control*, *22*(2), 144–153. https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2011-050098

West, R., y Marteau, T. (2013). Commentary on Casswell (2013): the commercial determinants of health. *Addiction, 108*(4), 686–687. https://doi.org/10.1111/add.12118

Wise, A., Mannem, D., Anderson, J. M., Weaver, M., Hartwell, M., y Vassar, M. (2021). Do Author Conflicts of Interest and Industry Sponsorship Influence Outcomes of Systematic Reviews and Meta-Analyses Regarding Glaucoma Interventions? A Cross-sectional Analysis. *Journal of glaucoma*, *30*(4), 293–299. https://doi.org/10.1097/IJG.0000000000001798

Wood, B., Baker, P., y Sacks, G. (2022). Conceptualising the commercial determinants of health using a power lens: a review and synthesis of existing frameworks. *International journal of health policy and management*, *11*(8), 1251–1261. https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.05

3

3 PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA INDUSTRIA DEL ALCOHOL

María Magdalena Martínez Llaria y Francisco Pascual Pastor

IDEAS CLAVES

1. El consumo de alcohol es un factor causal en más de 200 enfermedades y trastornos. Cada año es responsable del 5,3% de las muertes a nivel mundial y del 5,1% de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD), según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), siendo los costes asociados con su consumo de más del 1% del PIB en los países de ingresos altos y medios.

2. Para promocionar sus productos y evitar (o al menos diferir) su regulación, las compañías transnacionales de la industria del alcohol (denominadas en su conjunto *Big Alcohol*) utilizan prácticamente las mismas tácticas y estrategias que las utilizadas por la industria del tabaco y otros determinantes comerciales de salud.

3. Diversas medidas de control se han mostrado útiles para reducir el consumo perjudicial de alcohol: destacan la aplicación de cargas impositivas, la restricción de la publicidad (promoción y patrocinio), la realización de campañas de concienciación, y otras más.

4. Quienes trabajan en este campo consideran conveniente-incluso necesario- la elaboración de un Convenio Marco sobre Control del Alcohol (CMCA), o de al menos de una estrategia legal internacional similar.

1. PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL

El alcohol es una sustancia psicoactiva depresora del sistema nervioso central con efectos dependientes de la dosis ingerida y de los niveles de etanol en sangre (alcoholemia). Actualmente, es la única droga psicoactiva propensa a causar dependencia con un impacto considerable en la salud pública que no está controlada a nivel internacional por ningún marco regulador legalmente vinculante. La primera evidencia histórica de la preparación de bebidas alcohólicas data de alrededor del año 8000 a.C. Las primeras pruebas de existencia de cultivos dedicados explícitamente para la manufactura de alcohol se encontraron en el Creciente Fértil (Levante mediterráneo, Persia y Mesopotamia). Desde entonces, el consumo de estas bebidas ha jugado un papel importante a nivel social y epidemiológico, ya que su uso a dosis moderadas -y no tan moderadas- ha sido normalizado en muchas sociedades, empleándose como facilitador de la interacción social, aceptándose incluso su empleo ante la presencia de conflictos personales (Martínez-Llaria, 2021).

No existe una única relación consumo-riesgo para los diversos riesgos asociados al consumo del alcohol (Carr et al., 2024). Dosis excesivas producen distintos grados de embriaguez en los que predominan las alteraciones del rendimiento psicomotor. El uso repetido puede dar lugar a un trastorno por uso de alcohol, a sintomatología de abstinencia, que puede ser grave, y a diferentes efectos nocivos para la salud.

Alrededor de 2300 millones de personas consumen bebidas alcohólicas. Su consumo es un factor causal de más de 200 enfermedades y trastornos. Según la versión publicada del *Global Status Report of Alcohol and Health* 2018 de la OMS, en 2016 el consumo del alcohol causó 3 millones de muertes, siendo responsable anualmente del 5,3% de las muertes a nivel mundial y del 5,1% de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD). Se estima que es la causa del 13,5% de los fallecimientos en el rango entre los 20 y 39 años (GBP, 2018).

El consumo excesivo de alcohol aumenta determinados riesgos [Centre for disease Control and Prevention (CDC), 2024], y el consumo crónico se asocia causalmente con diversas Enfermedades no Transmisibles (ENT), sobre todo hipertensión arterial, enfermedades cardiacas, accidentes cerebrovasculares, cirrosis hepática, diversas enfermedades digestivas y varios cánceres, como boca y garganta, laringe, esófago, colon y recto, hígado y, en mujeres, mama (de hecho, está clasificado como carcinógeno del grupo 1 por la International Agency for Research on Cancer (IARC). Desde

un punto de vista epidemiológico, su consumo se asocia con una mayor incidencia de depresión, ansiedad y suicidio, así como con demencias y el consumo de otras sustancias y/ o conductas adictivas (como juego de apuestas).

No deben despreciarse los riesgos de consumos quizá no estrictamente crónicos. Entre estos riesgos se incluyen (CDC, 2024):

- Lesiones, como accidentes de tráfico y laborales, caídas, ahogamientos y quemaduras.
- Violencia, incluidos homicidio, suicidio, agresión sexual y violencia de pareja.
- Intoxicación por alcohol, una emergencia médica que resulta de niveles altos de alcohol en sangre (e.g., coma etílico).
- Comportamientos sexuales de riesgo, incluido el sexo sin protección o el sexo con múltiples parejas. Estos comportamientos pueden provocar embarazos no deseados o enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH.
- Abortos espontáneos y muerte fetal o trastornos del espectro alcohólico fetal (FASD, por sus siglas en inglés), como consecuencia del consumo de alcohol durante el embarazo.

Los patrones de consumo varían según las culturas, el sexo y la edad. Los varones son más propensos a beber en exceso y la población juvenil muestra niveles altos de intoxicación más frecuentemente (EDADES, 2023). Así mismo, las poblaciones de menor nivel socioeconómico presentan más problemas derivados del consumo de alcohol, aunque poblacionalmente su consumo tiende a ser menor (Loring, 2014).

Aunque en algunas circunstancias se ha descrito que un consumo moderado de alcohol podría estar asociado a un menor riesgo de alguna enfermedad cardiovascular, posibles variables confusoras y conflictos de interés en la autoría (Stockwell et al., 2024), en ningún caso se considera el consumo de alcohol sea cardioprotector (salvo propaganda, directa o indirecta, de la industria), sino más bien cardiotóxico, siendo una de las principales causas de cardiomiopatía.

2. TÁCTICAS Y LOBBYING DE LA INDUSTRIA DEL ALCOHOL

En las últimas décadas se ha producido una importante concentración y una mayor globalización del mercado del alcohol. En los productos disponibles a nivel global y comercializados por empresas transnacionales, suele haber un enfoque de *marketing* integrado y una estrategia de posicionamiento global dirigida por un equipo de gestión de la marca global (Stockwell y Hobin, 2023). El modo de actuación de las empresas del alcohol varía enormemente según las regiones, las restricciones aplicadas a su consumo y las diferentes clases sociales de los países diana.

Cuando la industria del alcohol incrementa sus ventas y beneficios, la salud pública pierde. Aparte de cada industria en concreto, que lo hace según sus posibilidades, colectivamente la industria del alcohol se compromete en una amplia variedad de estrategias para influenciar a los gobiernos y proteger su mercado contra políticas que podrían mejorar la salud pública (Stockwell y Hobin, 2023).

Las actuaciones de las industrias del alcohol respecto a las políticas que afectan a su modelo de negocio son similares a las empleadas por el *Big Tobacco*; de hecho, la industria del alcohol ha ido reproduciendo sistemáticamente todo aquello que había resultado útil a la industria del tabaco (Hawkins et al., 2018; Madden y McCambridge, 2021; Sawell et al., 2016; Stockwell y Hobin, 2023). En general estas tácticas pretenden: 1) normalizar el consumo; 2) impedir o retrasar la implementación de actuaciones efectivas; y 3) realizar lavados de imagen mediante técnicas de responsabilidad social corporativa.

2.1. Normalizar tanto el consumo de alcohol en general como a normalizar determinados consumos excesivos o problemáticos.

Destaca en primer lugar todo lo que tiene que ver con la publicidad, herramienta clave para conseguir la normalización de los diversos consumos por parte de las diferentes poblaciones diana (Maani et al., 2019). En los últimos años, estas multinacionales también ejercen su influencia en las redes sociales (Room y O´Brien, 2021) y se han asociado con gigantes del mundo tecnológico, como Meta (donde se incluye Facebook y WhatsApp, por ejemplo) o Google, para crear oportunidades adicionales de *marketing* de sus productos (Barlett y McCambridge, 2023).

Además de los anuncios, la promoción de alcohol se asocia en gran manera con patrocinios deportivos (Figuras 1 y 2) y con actividades recreativas juveniles. Al igual que hacía la industria del tabaco, la industria del alcohol asegura que su marketing, en el que tanto dinero invierte, está orientado exclusivamente a la elección de la marca por quienes ya de por sí tiene intención de beber, pero que en ningún caso fomenta el consumo, algo que la evidencia científica muestra que es totalmente falso (Barlett y McCambridge, 2023), jugando -al igual que otras industrias- con el derecho a la libertad (Nakkash et al., 2019).

En España, según la ordenanza de regulación de alcohol aprobada (Ley 5/2018), no está permitida la publicidad, promoción o patrocinio de bebidas alcohólicas en los recintos deportivos. No obstante, en los últimos años han proliferado los patrocinios de distintos equipos de fútbol con presentaciones 0,0. A modo de ejemplo, actualmente están presentes marcas como Estrella Galicia 0,0 (patrocinador oficial de los equipos profesionales gallegos: Celta de Vigo, Deportivo de A Coruña , el Racing de Ferrol y el Lugo), Tanqueray 0,0% (patrocinador oficial del Atlético de Madrid),

Figura 1. Patrocinio en el mundo del rugby: Celebración tras la final del Mundial de 2019; estadio no irlandés con publicidad en las bases de la portería; la Copa de Europa se llama Heineken Cup

Fuente: elaboración propia.

Figura 2. Otros patrocinios deportivos del alcohol en diversos países

Fuente: https://movendi.ngo/news/2022/07/28/special-feature-alcohol-marketing-in-sports-how-big-alcohol-uses-sports-to-reach-youth-and-drive-product-sales/.

y Heineken 0,0% (Patrocinador oficial de la UEFA Europa League y la UEFA Europa Conference League), entre otros. Cabe señalar el caso del Racing de Ferrol, pues en la temporada 2023/2024, en el partido de la competición de la Copa del Rey, que enfrentaba al Racing de Ferrol con el Sevilla Fútbol Club, se comercializó una camiseta conmemorativa de la eliminatoria en la que se apreciaba una copa llena de cerveza.

Además, las presentaciones 0,0 no solo se han hecho hueco en el fútbol, sino también en otros deportes. Estrella Galicia 0,0 es patrocinador de distintos equipos de la Liga ACB, como el Monbus Obradoiro, el Breogán Lugo y el Río Breogán; y Mahou 0,0 Tostada es el patrocinador oficial de la Superliga de League of Legends. Cambiando de sector, Estrella Galicia también es patrocinador oficial de MotoGP, siendo la denominación oficial el "Gran Premio Estrella Galicia 0,0 de España". Estrella Galicia 0,0 también está presente en Fórmula 1, después de dos temporadas como patrocinador personal del piloto Carlos Sáiz, ha firmado a principios de 2024 un contrato de patrocinio con la escudería McLaren para esta temporada, y ampliable a próximas temporadas. El pádel tampoco se escapa de la publicidad de las marcas con presentaciones 0.0, Seagram's , a través de su línea de bebidas sin alcohol, será el patrocinador de la Premier Padel en España.

Figura 3. Campañas de alcohol y conducción en las que se aprecia la mano de la industria: "STOP… a la quinta"; "Siempre con una copa (…de menos)"; "Beber reduce tu visibilidad (…destaca beber)", "No conducir bajo los efectos del alcohol… responsibly; "Conoce -domina- tus límites"

Fuente: elaboración propia.

Otro ejemplo de tácticas que utiliza la industria relativas a la publicidad es la aparición de las presentaciones "light", como Beefeater Light o Ballantines Light, ambas con 20 grados de alcohol (a diferencia de los 40 grados de sus presentaciones más conocidas). Para contextualizar la aparición de estas nuevas presentaciones aludimos a la Ley 7/2010, donde se indica que "está prohibida la comunicación comercial televisiva de bebidas alcohólicas con un nivel superior de veinte grados" (artículo 18.3.c), y que "la comunicación comercial televisiva de bebidas alcohólicas con un nivel inferior a veinte grados cuando se emita fuera de la franja de tiempo entre las 20,30 horas y las 6 horas del día siguiente" (artículo 18.3.d). En esta línea, aunque las presentaciones "light" aluden a que han creado una marca con menos grados para reducir sus calorías (con respectivo eslógan: "La mitad de alcohol, la mitad de calorías"), o para que "el placer de tomarse una copa entre semana" (Beefeatergin_es, 2021); su objetivo aparente es poder anunciarse (a partir de las 20:30 horas) en la televisión.

Así mismo, en la Figura 3 se muestran algunos ejemplos de campañas en las que fomentan las actitudes responsables y consumos saludables por parte de la industria, también a la hora de la conducción (Hoe et al., 2021). Este tipo de estrategias trasladan la responsabilidad del problema hacia la persona consumidora -ocurre lo mismo en juego, por ejemplo-, difuminando la responsabilidad de las presiones sociales normalizadas. La industria sostiene que la mayoría de sus consumidores usan sus productos responsablemente, algo parcialmente cierto y que solo un pequeño

Figura 4. Campañas de "consumo responsable" de alcohol patrocinadas por la industria directamente (fila superior) o indirectamente (a través de instituciones públicas, privadas o ONGs "independientes")

Fuente: elaboración propia.

número de personas experimenta problemas por el mal uso personal que hacen del mismo, algo absolutamente desenfocado (Carr et al., 2024).

Tampoco son fiables determinadas campañas de "prevención" de las que la industria del alcohol es la última responsable, aunque actúa a veces a través de determinados adláteres, públicos o privados (Figura 4); diversas páginas web que versan sobre los mitos del alcohol y muchos publirreportajes que suelen disfrazarse de artículos de ciencia, son también estrategias publicitarias normalizadoras y confusoras de la industria.

2.2. Impedir o retrasar la implementación de actuaciones efectivas, desviándolas hacia otras menos efectivas o sin evidencia.

Aparte de las estrategias de *lobbying* a agentes claves, esto incluye el uso de acuerdos y estructuras internacionales para restringir el poder de los gobiernos para usar políticas clave como el uso de tasas y de etiquetado de productos:

Directa o indirectamente -utilizando en su favor grupos de presión, formando grupos de fachada, realizando campañas y mediante otras tácticas – la industria adopta estrategias de acción cuya base es la construcción de contactos, relaciones e influencias con las personas situadas en puestos políticos o sociales clave (Stockwell y Hobin, 2023). Las dos formas principales en que los actores de la industria tratan de influir en la política consisten en: 1) enmarcar los contenidos de los debates políticos de forma internamente coherente y convincente; y 2) adoptar enfoques, a corto y a largo plazo, para gestionar las potenciales amenazas a los intereses comerciales que puedan surgir en el ámbito social y político, estableciendo extensas relaciones con actores clave y desplegando recursos en una variedad de formas organizativas diferentes (Madden et al., 2023).

Existen múltiples ejemplos de interferencia política documentada: por ejemplo, la página web *Big Alcohol Exposed* (2024) y Movendi International (2024). Un ejemplo clave es el del Reino Unido, en el que la industria del alcohol ha logrado acceder con éxito hasta los responsables políticos más altos (McCambridge et al., 2014). Entre otros múltiples ejemplos se encuentra el de Portugal (Paixão et al., 2019): en 2018 hubo una propuesta para aumentar los impuestos de las bebidas alcohólicas, propuesta que fue muy cuestionada por la industria del alcohol y finalmente cancelada; atribuyen el escaso número de políticas de control de alcohol existentes a que esta industria tiene gran cantidad de relaciones con el gobierno, ya que Portugal es un gran cultivador y exportador de productos etílicos; esto hace que puedan actuar con relativa impunidad, además. Trabajan, además, coordinadamente con organizaciones empresariales, científicas y sanitarias, distorsionando la percepción poblacional de los efectos del consumo de alcohol sobre la salud a través de páginas en la red accesibles a todos los públicos.

Ejemplos de interferencias en la esfera político-sanitaria es la realizada en la consulta por la OMS en 2020 para recabar comentarios y sugerencias sobre un documento de trabajo para la elaboración de un plan de acción destinado a reforzar la aplicación de la Estrategia Mundial sobre el Alcohol (O´Brien et al., 2023): de los 251 documentos recibidos por la OMS, el 24% provenían directamente de la industria del alcohol; así mismo, el 90% de las sugerencias recibidas pedían una mayor participación de las empresas de bebidas alcohólicas como partes interesadas o socias en la reducción de daños y en la elaboración de políticas; de estas comunicaciones, el 56% ponía en duda o rechazaba las medidas incluidas en la iniciativa SAFER (OMS, 2018), el 81% mostraba apoyo a los programas de información y educación sobre el consumo moderado, y el 44% apoyaba la promoción de marca de productos con bajo o nulo contenido de alcohol.

Otro ejemplo similar son las acciones a lo largo de toda la década pasada (2011-2019) en la Organización Internacional de Comercio (OIC) (Barlow et al., 2019) para intentar conseguir etiquetados más favorables a sus intereses.

Dentro de las estrategias de diferir la regulación, siguen siendo empleadas la de elaborar códigos de autorregulación de apenas utilidad (Jongenelis et al., 2021; Noel et al., 2017;) y la de emplear sesgadamente la evidencia científica (Casswell, 2013; McCambridge y Mialon, 2018; Stafford et al., 2020).

2.3. Técnicas de responsabilidad social corporativa

Realizar lavados de imagen mediante técnicas de responsabilidad social corporativa o similares para así legitimar su participación en la agenda de salud pública (Mialon et al., 2018; Pantani et al., 2017; Petticrew et al., 2020; Ulucanlar et al., 2023).

Así, por ejemplo, la industria del alcohol en la elaboración de la Declaración de Bruselas sobre la Ética y los Principios para la Elaboración de Políticas Científicas y Sociales (McCambridge et al., 2018, 2019). La campaña global de Anheuser-Busch InBev (Pinsky et al., 2020) sobre conducción se realiza con el Instituto de Naciones Unidas para el entrenamiento y la investigación conjunta de carreteras más seguras y se aplica en países como Brasil, China, India y México: de manera no sorprendente propone mejoras en el sistema de registro de incidentes, mejoras de infraestructuras, educación vial y supervisión del tráfico, pero ninguna relacionada con el consumo de alcohol. Y eso que el alcohol es responsable del 25% de las muertes de tráfico en la Unión Europea (Modijefsky et al., 2021) y del 31% en Estados Unidos (National Highway Traffic Safety Administration NHTSA, 2021); a nivel mundial las cifras parecen ser algo menores, aunque los datos de los países de medianos y bajos ingresos son muy deficientes (Borges et al., 2021). No debe perderse de vista que la estrategia clave de prevención de la accidentabilidad -no la única- reside en la reducción del consumo de alcohol por persona sobriedad a la hora de la conducción (Borges y Orozco, 2023; Pinsky et al., 2020). Para más ejemplos en América Latina (Conde et al., 2021; Fell, 2019; Hernández-Becerril et al., 2022).

Que la industria del alcohol no apoye con las iniciativas de salud pública para reducir el consumo de alcohol no debe sorprender a nadie; la cuestión es no dejarse engañar por los graves conflictos de interés existentes.

Por último, llevar a cabo estrategias litigantes cuando sus intereses son amenazados, con el fin de ganar tiempo y coaccionar a los responsables de las arcas públi-

cas, que pueden tardar mucho años en recuperar el dinero empleado en los litigios ganados (Hawkins y McCambridge, 2020; Mosher, 2009).

3. ESTRATEGIAS DE CONTROL DEL ALCOHOL

El conjunto de políticas adoptadas por cada país varía enormemente en virtud de sus tradiciones religioso-culturales. Del mismo modo, varía la solidez y eficacia de la implementación de estas políticas. Los países pueden dividirse en tres grupos: los que tienen restricciones; aquellos que tienen restricciones parciales (de contenido, tiempo y lugar o presentan una autorregulación mínimamente controlada) y los que carecen prácticamente de cualquier regulación o restricción. De este último grupo formaban parte el 40% de los 159 países que enviaron información a la OMS acerca del estado de sus políticas de comercialización de alcohol (Maani et al., 2019).

En 2018 la mayor parte de países presentaban regulaciones parciales para los canales tradicionales de marketing de bebidas alcohólicas; sin embargo, el 48% no presentaba ninguna regulación sobre Internet y el 47% no tenía ninguna regulación para las redes sociales (OMS, 2022).

Después de los países del antiguo bloque soviético, la región de los países desarrollados es la que tiene un mayor consumo de alcohol; es también la que tiene políticas más estrictas sobre su consumo (Berdzuli et al., 2020; Neufeld et al., 2021). En los países en conflicto armado prolongado, se ha observado que hay una débil formulación de políticas sobre el alcohol debido a que los gobiernos priorizan áreas más urgentes.

Como toda conducta, el consumo de alcohol se ve influenciado por la normatividad. Aunque hay una gran heterogeneidad en su promulgación y aplicación como precepto religioso, los países que instituyen la prohibición del consumo como norma de aplicación social, presentan menores prevalencias de consumo.

Las políticas y estrategias de control del alcohol son un aspecto importante para reducir los daños causados por un consumo excesivo. Se ha observado cómo el rigor legal de las políticas de control del alcohol está asociado con niveles más bajos de consumo (Stockwell y Hobin, 2023). Este hallazgo demuestra que los gobiernos

deben formular y promulgar políticas estrictas de control del alcohol, ya que parecen ser herramientas efectivas para reducir la exposición de la población al mismo.

Para reducir la carga del consumo nocivo de alcohol, la OMS (2017) ha recomendado lo que se denomina las tres *mejores compras* (*best buys*): la regulación de la disponibilidad comercial y pública, la restricción o prohibición de la publicidad y las promociones del alcohol y aumento de sus impuestos, el uso de políticas de precios, como el aumento de los impuestos especiales sobre las bebidas alcohólicas. Estas *best buys* son de un conjunto de intervenciones orientadas al control y prevención de las consecuencias del alcohol, son altamente rentables, además de ser baratas, factibles y culturalmente aceptables (Chisholm et al., 2018; Mantley et al., 2024; OMS, 2017).

La revisión sistemática de las políticas de control del alcohol revela que las cinco estrategias más efectivas para la desnormalización del consumo de alcohol y reducir sus efectos deletéreos serían (Esser y Jernigan, 2018; Gelius et al., 2022; Leung et al., 2023; Madureira-Lima et al., 2018; Siegfried y Parry, 2019):

- regular la comercialización y la disponibilidad del alcohol;
- medidas educativas y de información pública para el rechazo del alcohol;
- establecer una edad mínima de compra;
- regular la publicidad;
- aumentar los precios de las bebidas alcohólicas.

Una estrategia clave de intervención frecuentemente olvidada o pospuesta es la monitorización, tanto de las estrategias de control como de las tácticas de la industria (Štelemėkas et al., 2020).

3.1. FISCALIDAD SOBRE LAS BEBIDAS ALCOHÓLICAS

Una de las principales medidas efectivas para disminuir la compra y el consumo del alcohol es la implementación de políticas restrictivas como el aumento de los impuestos sobre las bebidas alcohólicas. Estos impuestos varían según el país y según el tipo de bebida. Las medidas impositivas tienen un efecto heterogéneo en función del grupo de población estudiado, pues se ha observado que relación elas-

ticidad-precio de la demanda varía según la edad, el sexo, el nivel de renta del hogar y la cantidad de consumo.

Tras un incremento del precio, quienes beben compulsivamente responden relativamente poco a cambios en los precios, como ocurre en otros trastornos adictivos. Sin embargo, la población juvenil, así como quienes no presentan un trastorno adictivo —aun siendo bebedores de riesgo—, responden en gran manera a dichos cambios. En cualquier caso, dado que la mayoría de los consumidores regulares de alcohol no suelen presentar un trastorno adictivo, la elasticidad-precio del alcohol es muy superior a la de la nicotina y a la del resto de sustancias adictivas (Kilian et al., 2023). Si a esto se añade que gran parte de los problemas relacionados con el alcohol (PRA) son debidos al consumo de riesgo (CDC, 2024), puede concluirse que es en alcohol donde tienen un mayor impacto las medidas impositivas. El problema suele ser la voluntad de aplicarlas, contraviniendo determinados intereses económicos particulares (Hatchard et al., 2023; Rehm et al., 2022).

Tanto en Europa (Angus et al., 2019; Mora, 2018) como en América Latina (Medina-Mora et al., 2021) existe bastante variabilidad a la hora de determinar los impuestos de las diversas bebidas alcohólicas. La OMS (2019) señala que las opciones de política e intervenciones en esta esfera comprenden:

- Establecimiento de un régimen de impuestos nacionales específicos sobre el alcohol, acompañado de medidas eficaces para exigir su cumplimiento, que puede tener en cuenta, si procede, el contenido alcohólico de la bebida;
- Revisión periódica de los precios en función de la inflación y de los ingresos;
- Prohibición o restricción de toda forma directa o indirecta de precios promocionales, ventas con rebaja, precios inferiores al costo y precios únicos que dan derecho a beber ilimitadamente, u otras ofertas de venta en grandes cantidades;
- Fijación de precios mínimos para el alcohol, cuando proceda;
- Facilitación de incentivos de precios en relación con las bebidas no alcohólicas;
- Disminución o interrupción de las subvenciones destinadas a los operadores económicos en el ramo del alcohol.

El ejemplo de Alemania nos sirve como error a evitar, donde llegaron a la conclusión de que el consumo excesivo de alcohol por parte de los menores de edad se reduciría en más de un 37% si se incrementan sus bajas tasas impositivas sobre las bebidas alcohólicas hasta el nivel medio europeo. Basándose en datos previos, introdujeron una tasa extra sólo en los *alcopops* (bebidas dulces que contienen un volumen de alcohol de un 5-7%, especialmente diseñadas para jóvenes). Los resultados evidenciaron que los adolescentes alemanes sustituyeron los *alcopops* por otro tipo de bebidas alcohólicas de mayor graduación. Este resultado confirma la idea de que conviene que las tasas impositivas se introduzcan en todas las bebidas alcohólicas y proporcionales a la graduación de alcohol, para evitar desplazamientos de unos consumos a otros, quizá más lesivos (Müller et al., 2010).

3.2. CAMPAÑAS DE FORMACIÓN, CONCIENCIACIÓN Y HABILIDADES

La evidencia muestra que las campañas de información y educación dirigidas a los jóvenes que enseñan habilidades para rechazar el consumo de alcohol o que informan de sus efectos o de las prácticas de la industria son efectivas también en estos rangos de edad. Las personas adultas jóvenes, aquellas que presentan menor consumo y quienes más conocen los efectos negativos de su consumo, se posicionan más positivamente sobre las posibles estrategias de control del alcohol (de Visser et al., 2014).

Al igual que en tabaco, es crucial evitar que la industria del alcohol sea la responsable de las campañas de prevención del consumo en menores. En algunos países, también algunos de habla hispana, diversas autoridades nacionales o regionales —gubernativas, incluso sanitarias— se han plegado a servir a esta estrategia de la industria del alcohol (Petticrew et al., 2016; Torjesen, 2011; Walls et al., 2022). En España, sin ir más lejos, el 13 de mayo de 2016 en España (BOE 116, Sec III, pág 31890) se concede "la Cruz Blanca de la Orden al Mérito del Plan Nacional sobre Drogas a la Federación Española de Bebidas Espirituosas (FEBE), como muestra de público reconocimiento y en agradecimiento a la labor que ha desarrollado en estos años".

3.3. REGULACIÓN PUBLICITARIA

La regulación de las bebidas alcohólicas es clave (Maani et al., 2023; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020; Pantani et al., 2020). Contra toda evidencia, la industria suele sostener que su publicidad nunca va dirigida a los menores de edad y que no afecta propiamente a la cantidad de consumo, sino solo a la elección de marcas, señalando que las asociaciones estadísticas encontradas son simplemente epidemiológicas —y no causales— y que solo promueven el "consumo responsable".

Figura 5. Izq.: Reflexión humorística sobre el objetivo de la promoción: ¡no miréis, niños, hasta los 21 años!; der.: campaña australiana para mostrar la influencia de la publicidad de alcohol en las marquesinas cerca de los centros escolares

Fuentes: izq: https://alcoholjustice.org/news-2/blog/1214-the-noose-begins-to-tighten-on-us-alcohol-ads-links-to-youth-consumption-harm-and-preventable-death-unquestionable; der.: https://drinktank.org.au/2013/06/world-first-alternative-alcohol-ad-review-system-one-year-on/.

Las campañas publicitarias se dirigen tanto a quienes beben grandes cantidades como a reclutar nuevos bebedores y a asociar los consumos con las diversas circunstancias, actividades o estados emocionales, lo que contribuye a su normalización. También es importante no dejar que la industria establezca el marco de daño y de su reducción (Maani et al., 2024). Es decir, promueve:

- por un lado, la estimulación del consumo en sí, aumentando la frecuencia de consumo y la variedad de ocasiones para hacerlo;

- el aumento del consumo dañino, de riesgo; una publicista americana refería esto preguntando: *"si comprueba que el 10% de la población realiza el 90% de las compras de sus productos, ¿a quién dirigiría sus campañas?"*.

Dentro de la regulación de la publicidad deben incluirse también la promoción de alternativas no alcohólicas (aquellas que tienen menos de 0,5% de etanol), ya que pueden ser utilizadas –y lo son– para promocionar consumos de marcas alcohólicas (Advertising Standards Authority, 2022).

La correcta regulación de la exposición de la población infanto-juvenil al *marketing* es de especial relevancia, ya que suelen ser más vulnerable: al ser expuestos al *marketing* alcohólico tiene más probabilidades de comenzar a beber o, si ya bebían, de consumir más. La Figura 5 muestra reflexiones sobre la importancia de regular de manera adecuada (i.e., eficaz) la publicidad. Consecuentemente, la restricción de la publicidad y del *marketing* del alcohol es una intervención rentable para reducir los daños causados por el alcohol.

Las opciones de política e intervenciones en esta esfera comprenden (OMS, 2019):

1. Establecimiento de marcos de regulación o co-regulación, preferiblemente de carácter legislativo y apoyados, cuando proceda, por medidas de autorregulación (Noel et al., 2017), respecto del marketing del alcohol mediante las intervenciones siguientes:
    - Reglamentación del contenido y la magnitud del marketing.
    - Reglamentación del marketing directo o indirecto en todos los medios de comunicación o en algunos de ellos.
    - Reglamentación de las actividades de patrocinio que promuevan bebidas alcohólicas.
    - Restricción o prohibición de las promociones en relación con actividades dirigidas a los jóvenes.
    - Reglamentación de las nuevas formas de mercadotecnia del alcohol, por ejemplo los medios sociales.
2. Desarrollo por parte de los organismos públicos u órganos independientes de sistemas de vigilancia eficaces del marketing de los productos de alcohol;
3. Establecimiento de regímenes administrativos y disuasorios eficaces respecto de las infracciones de las restricciones del marketing.

3.4. EDAD MÍNIMA DE CONSUMO

El consumo de alcohol en la población juvenil (14-25 años) es una preocupación generalizada de la población, tanto por sus consecuencias sanitarias como sociales. Como se ha señalado, el consumo de alcohol —sobre todo, el excesivo— se asocia a un aumento del riesgo de todo tipo de accidentes (laborales, de tráfico y de otra índole), actuaciones violentas y/o sufrimiento de lesiones (Bellis et al., 2024), conductas sexuales de riesgo, comisión de delitos (contra la propiedad, la integridad o sexuales) y otros problemas (CDC, 2024).

Aunque no es una de las principales medidas de control (de Wisse et al., 2014), el análisis de los registros de mortalidad canadienses ha llevado a concluir que establecer una edad mínima legal para beber reduce significativamente las tasas de mortalidad de los hombres jóvenes (Carpenter et al., 2016).

3.5. LIMITACIÓN DE HORARIOS Y PUNTOS DE VENTA

La restricción de la venta de alcohol fuera de las instalaciones o establecimientos específicos de alcohol proporciona un mejor control de las ventas y es especialmente eficaz en la reducción de la oferta para los compradores menores de edad. Existe, por otra parte, una fuerte evidencia en la literatura de que el aumento de las horas de apertura en la noche se asocia con un mayor consumo de alcohol y, en concreto, con un consumo más problemático y el de aquellas personas con mayores problemas socio-conductuales (Hahn et al., 2012; Rossow y Nordström, 2012).

3.6. CONTRA-PUBLICIDAD Y ESTRATEGIAS SIMILARES

De modo similar a la W (advertir de los daños) del programa MPOWER (OMS, 2008), la población puede ser dotada de recursos para no ser inducida a engaño mediante campañas de información y concienciación y otras estrategias contra-publicitarias que consigan llegar directamente a la población infanto-juvenil (o adulta) o que faciliten la aplicación del resto de medidas de control (Palmedo et al., 2017). Se han realizado múltiples campañas de este tipo. La Figura 6 muestra algunos de los anuncios de una campaña dirigida a evitar la aparición de patrocinios y anuncios de alcohol en los eventos deportivos; en la Figura 7 se recogen diversos contra-anuncios.

Figura 6. Campaña australiana de 2021 "NO alcohol ads to kids"

Fuente: https://drinktank.org.au/2020/01/grand-slammed-aussie-tennis-fans-hit-with-the-most-alcohol-sponsors/.

Figura 7. Selección de contra-anuncios en diversas campañas (no todas públicas)

Fuente: elaboración propia.

4. PLANES Y ESTRATEGIAS GLOBALES DE LA OMS

4.1. ESTRATEGIA GLOBAL PARA REDUCIR EL CONSUMO (2010)

Supuso un consenso internacional en el que se estableció que la reducción del uso nocivo del alcohol, y sus cargas sanitarias y sociales asociadas, ha de ser una prioridad por su impacto negativo en materia de salud pública. Se recomienda enfocar distintas políticas e intervenciones a nivel nacional para reducir el uso nocivo del alcohol (Esser y Jernigan, 2018; OMS, 2010). Se establecieron cinco objetivos en la estrategia:

- Aumentar la concienciación mundial sobre la magnitud y la naturaleza de los problemas sanitarios, sociales y económicos causados por el uso nocivo del alcohol, e incrementar el compromiso de los gobiernos para actuar contra el uso nocivo del alcohol.

- Fortalecer la base de conocimientos sobre la magnitud y los determinantes de los daños relacionados con el alcohol y sobre las intervenciones eficaces para reducir y prevenir esos daños.

- Aumentar el apoyo técnico a los Estados miembros y mejorar su capacidad para prevenir el uso nocivo del alcohol.

- Fortalecer las asociaciones y mejorar la coordinación entre las partes interesadas.

- Mejorar los sistemas de seguimiento y vigilancia.

4.2. PLAN DE ACCIÓN MUNDIAL PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DE LAS ENT 2023-2030

El Plan de acción mundial para la prevención y el control de las ENT (OMS, 2023) tiene el objetivo de proporcionar una hoja de ruta y un menú de opciones normativas para aplicar colectivamente entre 2013 y 2030, con el fin de avanzar en 9 objetivos mundiales de ENT (Heenan et al., 2024; OMS, 2013). Estos objetivos deberían alcanzarse en 2025 e incluyen una reducción relativa del 25% de la mortalidad prematura por ENT. Incluye el uso nocivo del alcohol como uno de los cuatro factores de riesgo clave de las principales ENT. La meta propuesta es una reducción relativa de, al menos, un 10% en el uso nocivo del alcohol. En 2019 la Asamblea Mundial de la Salud amplió este plan de acción hasta 2030.

4.3. AGENDA 2030 PARA EL DESARROLLO SOSTENIBLE (2015)

El 25 de septiembre de 2015, los 195 estados miembros de las Naciones Unidas establecieron y aceptaron un conjunto de objetivos con el objetivo de acabar con la pobreza, proteger el medioambiente y asegurar la prosperidad para el conjunto de la población como parte de una nueva agenda para el desarrollo sostenible (Naciones Unidas, 2015). Estos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) consisten en 17 objetivos con 169 metas y 232 indicadores, estableciéndose hasta el año 2030 como plazo para la consecución de objetivos propuestos.

Dentro del ODS 3, se encuentra una meta específica sobre el uso nocivo del alcohol (ODS 3.5): reforzar la prevención y el tratamiento del uso indebido de sustancias, incluidos el uso indebido de estupefacientes y el uso nocivo del alcohol. El alcohol no influye solamente en este ODS, sino también afecta negativamente en 13 de los 17 ODS y en un total de 52 metas.

4.4. INICIATIVA SAFER (2018)

Tiene el propósito de apoyar el objetivo mundial de reducir el uso nocivo del alcohol en un 10% para 2025 (OPS, 2020). Tiene una estructura relativamente similar al MPOWER de la OMS de tabaco. Esta iniciativa está centrada en cinco intervenciones:

- **S** (*Strengthen*) Fortalecer las restricciones a la disponibilidad del alcohol.
- **A** (*Advance*) Impulsar y hacer cumplir las medidas de lucha contra la conducción bajo los efectos del alcohol.
- **F** (*Facilitate*) Facilitar el acceso a la detección, las intervenciones breves y el tratamiento.
- **E** (*Enforce*) Hacer cumplir las prohibiciones y restricciones integrales a la publicidad, el patrocinio y la promoción del alcohol.
- **R** (*Raise*) Aumentar los precios del alcohol mediante impuestos especiales y políticas de precios.

4.5. PLAN DE ACCIÓN MUNDIAL SOBRE EL ALCOHOL 2022-2030 CON EL FIN DE FORTALECER LA APLICACIÓN DE LA ESTRATEGIA MUNDIAL PARA REDUCIR EL USO NOCIVO DEL ALCOHOL (2022)

En 2020, durante la 146ª reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS, el Consejo pidió que se acelerasen las medidas para reducir el uso nocivo del alcohol y solicitó a la Directora General de la OMS la elaboración de un plan de acción (2022-2030) para aplicar eficazmente la Estrategia Mundial Para Reducir el Uso Nocivo del Alcohol como una prioridad de salud pública. El borrador discutido en enero de 2022 en la 75ª Asamblea Médica Mundial fue recogido por la OMS (2022).

5. CONVENIENCIA DE UN CONVENIO MARCO PARA EL CONTROL DEL ALCOHOL

Hay una amplia cantidad de voces pidiendo el desarrollo por parte de la OMS de un marco normativo internacional jurídicamente vinculante sobre el control del alcohol, similar al Convenio Marco para el Control del Tabaco de la OMS (Au Yeung y Lam, 2019; Taylor, 2013) . Al igual que ocurre con la industria del tabaco, puede concluirse que existe un conflicto irreconciliable entre los intereses por tanto de salud pública y de la industria del alcohol.

Un Convenio Marco para el Control del Alcohol (CMCA) propondría, entre muchas otras medidas, la creación de un código internacional de comercialización de bebidas alcohólicas que podría regular comprehensivamente todos los aspectos de desnormalización. Aún sin denominarse CMCA, sería deseable una estrategia legal internacional que permitiera parar los pies a las diversas industrias involucradas cuando se vea que sus productos afecten gravemente a la salud de la población (Collins, 2021; Foster et al., 2021).

Vistos los resultados del Convenio Marco sobre el Tabaco (CMCT) de la OMS de 2005, existe mucha oposición por parte de la industria del alcohol a una iniciativa de este tipo y hay menos gobiernos interesados en promoverla, ya que no afecta solo a unas pocas multinacionales. Es misión de quienes son profesionales de la Sanidad y de las autoridades, sanitarias o no, proteger a las personas, a los colectivos más vulnerables de aquellos intereses, en este caso económicos, que buscan perjudicarlos.

Hoy en día, puede concluirse que: 1) el apoyo técnico a los gobiernos ha sido inadecuado y aún no se han desarrollado herramientas técnicas concretas; 2) la Secretaría de la OMS no ha asignado los recursos adecuados para el trabajo sobre los daños del alcohol; y 3) los esfuerzos para proteger las iniciativas de los países para el desarrollo de políticas sobre el alcohol también han sido inadecuados.

REFERENCIAS

Advertising Standards Authority (2022). *Alcohol Alternatives Consultation Paper.* https://www.asa.org.uk/static/50969064-1c8a-4b75-8e97bc76efa70779/4fc8a-da4-98ec-47fe-994c8c6a9b6b0997/Alcohol-Alternatives-Consultation-Paper.pdf

Angus, C., Holmes, J. y Meier, P. S. (2019). Comparing alcohol taxation throughout the European Union. *Addiction, 114*(8), 1489-1494. https://doi.org/10.1111/add.14631

Au Yeung, S. L. y Lam, T. H. (2019). Unite for a Framework Convention for alcohol control. *Lancet 393*(10183), 1778-1779. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32214-1

Barlow, P., Gleeson, D., O'Brien, P., y Labonte, R. (2022). Industry influence over global alcohol policies via the World Trade Organization: a qualitative analysis of discussions on alcohol health warning labelling, 2010-19. *The Lancet. Global health*, *10*(3), e429–e437. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00570-2

Bartlett, A., y McCambridge, J. (2023). The international center for alcohol policies (ICAP) book series: a key resource globally for alcohol industry political strategies. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, *18*(1), 49. https://doi.org/10.1186/s13011-023-00556-9

Beefeatergin_ES (2021). *Beefeater Light. Mitad de alcohol, doble de posibilidades.* https://www.youtube.com/watch?v=FdYfGbFirtA

Bellis, M. A., McManus, S., Hughes, K Adisa, O., y Ford, K. (2024). The Commercial Determinants of Violence: Identifying opportunities for violence prevention through a public health-based framework analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health,* 21(3), 352. https://doi.org/10.3390/ijerph21030352

Berdzuli, N., Ferreira-Borges, C., Gual, A., y Rehm, J. (2020). Alcohol Control Policy in Europe: Overview and Exemplary Countries. *International journal of environmental research and public health*, *17*(21), 8162. https://doi.org/10.3390/ijerph17218162

Big Alcohol Exposed. (2024) https://bigalcohol.exposed/

BOE 116, Sec III, pág 31890 https://acrobat.adobe.com/id/urn:aaid:sc:EU:2995f-baa-1f10-44c4-97ff-e13f54e89001

Borges, G., García-Pacheco, J. Á., y Familiar-Lopez, I. (2021). Global estimates of the attributable risk of alcohol consumption on road injuries. *Alcoholism, clinical and experimental research*, *45*(10), 2080–2089. https://doi.org/10.1111/acer.14689

Borges, G., y Orozco, R. (2023). Sober up: Time from last drink to a road traffic injury. *Alcohol (Fayetteville, N.Y.), S0741-8329*(23), 00338-5. Advance online publication. https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2023.11.008

Chukwu, P. (2024). *Which alcohol is the healthiest to drink in moderation?*. Zoe. https://zoe.com/learn/healthiest-alcohol

Carpenter, C. S., Dobkin, C., y Warman, C. (2016). The Mechanisms of Alcohol Control. *The Journal of human resources*, *51*(2), 328–356. https://doi.org/10.3368/jhr.51.2.0314-6240R

Carr, T., Kilian, C., Llamosas-Falcón, L., Zhu, Y., Lasserre, A. M., Puka, K., y Probst, C. (2024). The risk relationships between alcohol consumption, alcohol use disorder and alcohol use disorder mortality: A systematic review and meta-analysis. *Addiction (Abingdon, England)*. Advance online publication. https://doi.org/10.1111/add.16456

Casswell S. (2013). Vested interests in addiction research and policy. Why do we not see the corporate interests of the alcohol industry as clearly as we see those of the tobacco industry?. *Addiction*, *108*(4), 680–685. https://doi.org/10.1111/add.12011

Center for Disease Control and Prevention (CDC) (2024). Alcohol Use and Your Health. *https://www.cdc.gov/alcohol/fact-sheets/alcohol-use.htm#:~:text=High%20blood%20pressure%2C%20heart%20disease,liver%20disease%2C%20and%20digestive%20problems.&text=Cancer%20of%20the%20breast%2C%20mouth,liver%2C%20colon%2C%20and%20rectum*

Chisholm, D., Moro, D., Bertram, M., Pretorius, C., Gmel, G., Shield, K., y Rehm, J. (2018). Are the "Best Buys"for Alcohol Control Still Valid? An Update on the Comparative Cost-Effectiveness of Alcohol Control Strategies at the Global Level. *Journal of studies on alcohol and drugs*, *79*(4), 514–522.

Collin J. (2021). Taking Steps Toward Coherent Global Governance of Alcohol: The challenge and opportunity of managing conflict of interest. *Journal of studies on alcohol and drugs*, *82*(3), 387–394.

Conde, K., Peltzer, R. I., Pantani, D., Pinsky, I., y Cremonte, M. (2021). Alcohol industry, corporate social responsibility and country features in Latin America. *Drug and alcohol review*, *40*(3), 423–430. https://doi.org/10.1111/dar.13208

de Visser, R. O., Hart, A., Abraham, C., Memon, A., Graber, R., y Scanlon, T. (2014). Which alcohol control strategies do young people think are effective?. *Drug and alcohol review*, *33*(2), 144–151. https://doi.org/10.1111/dar.12109

Esser, M. B., y Jernigan, D. H. (2018). Policy Approaches for Regulating Alcohol Marketing in a Global Context: A Public Health Perspective. *Annual review of public health*, *39*, 385–401. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-014711

Fell J. C. (2019). Approaches for reducing alcohol-impaired driving: Evidence-based legislation, law enforcement strategies, sanctions, and alcohol-control policies. *Forensic science review*, *31*(2), 161–184.

Foster, M. M., Slater, M. D., y Goodall, C. E. (2021). Increasing Alcohol Control Policy Support: The Mediating Role of Empathy and Emotions. *Substance use & misuse*, *56*(7), 971–978. https://doi.org/10.1080/10826084.2021.1901930

GBD 2016 Alcohol Collaborators (2018). Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990-2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*, *392*(10152), 1015–1035. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31310-2

Gelius, P., Messing, S., Tcymbal, A., Whiting, S., Breda, J., y Abu-Omar, K. (2022). Policy Instruments for Health Promotion: A Comparison of WHO Policy Guidance for Tobacco, Alcohol, Nutrition and Physical Activity. *International journal of health policy and management*, *11*(9), 1863–1873. https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.95

Hahn, R. A., Middleton, J. C., Elder, R., Brewer, R., Fielding, J., Naimi, T. S., Toomey, T. L., Chattopadhyay, S., Lawrence, B., Campbell, C. A., y Community Preventive Services Task Force (2012). Effects of alcohol retail privatization on excessive alcohol consumption and related harms: a community guide systematic review. *American journal of preventive medicine*, *42*(4), 418–427. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2012.01.002

Hatchard, J., Buykx, P., Wilson, L., Brennan, A., y Gillespie, D. (2023). Mapping alcohol and tobacco tax policy interventions to inform health and economic impact analyses: A United Kingdom based qualitative framework analysis. *The International journal on drug policy*, *122*, 104247. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2023.104247

Hawkins, B., Holden, C., Eckhardt, J., y Lee, K. (2018). Reassessing policy paradigms: A comparison of the global tobacco and alcohol industries. *Global public health*, *13*(1), 1–19. https://doi.org/10.1080/17441692.2016.1161815

Hawkins, B., y McCambridge, J. (2020). 'Tied up in a legal mess': The alcohol industry's use of litigation to oppose minimum alcohol pricing in Scotland. *Scottish affairs*, *29*(1), 3–23. https://doi.org/10.3366/scot.2020.0304

Heenan, M., Hart, A. C., Cullerton, K., Jan, S., y Shanthosh, J. (2024). Legal and regulatory instruments for NCD prevention: a scoping review and descriptive analysis of evaluations in OECD countries. *BMC public health*, *24*(1), 641. https://doi.org/10.1186/s12889-024-18053-4

Hernández-Becerril, Z., Orozco, R., y Borges, G. (2022). Road traffic injuries and substance use in Latin America: A systematic review. *Traffic injury prevention*, *23*(5), 209–214. https://doi.org/10.1080/15389588.2022.2051018

FHA-Food & Beverage. (2023). Top 10 Healthiest Alcohol Drinks to Try in 2024. https://fhafnb.com/blog/healthiest-alcohol-drinks/

Hoe, C., Taber, N., Champagne, S., y Bachani, A. M. (2021). Drink, but don't drive? The alcohol industry's involvement in global road safety. *Health policy and planning*, *35*(10), 1328–1338. https://doi.org/10.1093/heapol/czaa097

Jongenelis, M. I., Pierce, H., Keric, D., Stafford, J., Jongenelis, G., y Pettigrew, S. (2021). Are Australian regulatory codes adequate in scope to protect youth from alcohol advertising? *Health promotion journal of Australia: official journal of Australian Association of Health Promotion Professionals*, *32 Suppl 2*, 212–217. https://doi.org/10.1002/hpja.410

Kilian, C., Lemp, J. M., Llamosas-Falcón, L., Carr, T., Ye, Y., Kerr, W. C., Mulia, N., Puka, K., Lasserre, A. M., Bright, S., Rehm, J., y Probst, C. (2023). Reducing alcohol use through alcohol control policies in the general population and population subgroups: a systematic review and meta-analysis. *eClinicalMedicine*, *59*, 101996. https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.101996

Leung, J., Casswell, S., Parker, K., Huckle, T., Romeo, J., Graydon-Guy, T., Byron, K., Callinan, S., Chaiyasong, S., Gordon, R., Harker, N., MacKintosh, A. M., Meier, P., Paraje, G., Parry, C. D., Pham, C., Williams, P. P., Randerson, S., Schelleman-Offermans, K., Sengee, G., … van Dalen, W. (2023). Effective alcohol policies and lifetime abstinence: An analysis of the International Alcohol Control policy index. *Drug and alcohol review*, *42*(3), 704–713. https://doi.org/10.1111/dar.13582

Ley 5/2018, de 3 de mayo, de prevención del consumo de bebidas alcohólicas en la infancia y la adolescencia. https://www.boe.es/buscar/pdf/2018/BOE-A-2018-6941-consolidado.pdf

Ley 7/2010, de 31 de marzo, General de la Comunicación Audiovisual. https://www.boe.es/buscar/pdf/2010/BOE-A-2010-5292-consolidado.pdf

Loring, B. (2014). Alcohol and inequities: guidance for addressing inequities in alcohol-related harm. World Health Organization. https://who-sandbox.squiz.cloud/en/publications/abstracts/alcohol-and-inequities.-guidance-for-addressing-inequities-in-alcohol-related-harm-2014

Maani, N., Bertscher, A., Critchlow, N., Fitzgerald, N., Knai, C., Stead, M., y Petticrew, M. (2019). Recruiting the "Heavy-Using Loyalists of Tomorrow": An Analysis of the Aims, Effects and Mechanisms of Alcohol Advertising, Based on Advertising Industry Evaluations. *International journal of environmental research and public health*, *16*(21), 4092. https://doi.org/10.3390/ijerph16214092

Maani, N., van Schalkwyk, M. C., Wiseman, A., y Petticrew, M. (2024). Commercially driven efforts to frame alcohol harms have no place in UK health policy development. *BMJ (Clinical research ed.)*, *385*, q800. https://doi.org/10.1136/bmj.q800

Madden, M., Bartlett, A., y McCambridge, J. (2023). Constructing public-private partnerships to undermine the public interest: critical discourse analysis of Working Together published by the International Alliance for Responsible Drinking. *Globalization and health*, *19*(1), 103. https://doi.org/10.1186/s12992-023-01000-0

Madden, M., y McCambridge, J. (2021). Alcohol marketing versus public health: David and Goliath?. *Globalization and health*, *17*(1), 45. https://doi.org/10.1186/s12992-021-00696-2

Madureira-Lima, J., y Galea, S. (2018). Alcohol control policies and alcohol consumption: an international comparison of 167 countries. *Journal of epidemiology and community health*, *72*(1), 54–60. https://doi.org/10.1136/jech-2017-209350

Manthey, J., Jacobsen, B., Klinger, S., Schulte, B., y Rehm, J. (2024). Restricting alcohol marketing to reduce alcohol consumption: A systematic review of the empirical evidence for one of the 'best buys'. *Addiction*, *119*(5), 799–811. https://doi.org/10.1111/add.16411

Martínez Llaría, M. M. (2021). *Utilidad del control del tabaco en otras áreas de salud pública*. Universidad de Cantabria. https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/23515/MART%c3%8dNEZ%20LLAR%c3%8dA%2c%20MAR%c3%8dA%20MAGDALENA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

McCambridge, J., Daube, M., y McKee, M. (2019). Brussels Declaration: a vehicle for the advancement of tobacco and alcohol industry interests at the science/policy interface?. *Tobacco control*, *28*(1), 7–12. https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2018-054264

McCambridge, J., Hawkins, B., y Holden, C. (2014). Vested interests in addiction research and policy. The challenge corporate lobbying poses to reducing society's alcohol problems: insights from UK evidence on minimum unit pricing. *Addiction*, *109*(2), 199–205. https://doi.org/10.1111/add.12380

McCambridge, J., Mialon, M., y Hawkins, B. (2018). Alcohol industry involvement in policymaking: a systematic review. *Addiction (Abingdon, England)*, *113*(9), 1571–1584. https://doi.org/10.1111/add.14216

McCambridge, J., y Mialon, M. (2018). Alcohol industry involvement in science: A systematic review of the perspectives of the alcohol research community. *Drug and alcohol review*, *37*(5), 565–579. https://doi.org/10.1111/dar.12826

Medina-Mora, M. E., Monteiro, M., Rafful, C., y Samano, I. (2021). Comprehensive analysis of alcohol policies in the Latin America and the Caribbean. *Drug and alcohol review*, *40*(3), 385–401. https://doi.org/10.1111/dar.13227

Mialon, M., y McCambridge, J. (2018). Alcohol industry corporate social responsibility initiatives and harmful drinking: a systematic review. *European journal of public health*, *28*(4), 664–673. https://doi.org/10.1093/eurpub/cky065

Modijefsky, M., Janse, R., Spit, W., JankowskaKarpa, D., Buttler, I., y Eikefjord, B. (2021). *Prevention of driving under the influence of alcohol and drugs. European Commission Final Report*. https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/a0ec8db9-8ed8-11ec-8c40-01aa75ed71a1

Mora, T. (2018). Acerca de la imposición sobre bebidas alcohólicas en España. *Gaceta Sanitaria, 32*, 176. https://doi.org/10.1016j.gaceta.2017.10.017

Mosher J. F. (2009). Litigation and alcohol policy: lessons from the US Tobacco Wars. *Addiction (Abingdon, England)*, *104 Suppl 1*, 27–33. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2008.02432.x

Movendi International (2024) https://movendi.ngo/

Müller, S., Piontek, D., Pabst, A., Baumeister, S. E., y Kraus, L. (2010). Changes in alcohol consumption and beverage preference among adolescents after the introduction of the alcopops tax in Germany. *Addiction*, *105*(7), 1205–1213. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.02956.x

Naciones Unidas. (2015). La agenda para el desarrollo sostenible. https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/development-agenda/

Nakkash, R. T., Ghandour, L. A., Yassin, N., Anouti, S., Chalak, A., Chehab, S., El-Aily, A., y Afifi, R. A. (2019). "Everyone Has the Right to Drink Beer": A stakeholder analysis of challenges to youth alcohol harm-reduction policies in Lebanon. *International Journal of Environmental and Research and Public Health, 16*, 2874 https://doi.org/10.3390/ijerph16162874

Neufeld, M., Bobrova, A., Davletov, K., Štelemėkas, M., Stoppel, R., Ferreira-Borges, C., Breda, J., y Rehm, J. (2021). Alcohol control policies in Former Soviet Union countries: A narrative review of three decades of policy changes and their apparent effects. *Drug and alcohol review*, *40*(3), 350–367. https://doi.org/10.1111/dar.13204

National Highway (NHTSA) (2021). *Drunk driving* https://www.nhtsa.gov/risky-driving/drunk-driving

Noel, J., Lazzarini, Z., Robaina, K., y Vendrame, A. (2017). Alcohol industry self-regulation: who is it really protecting?. *Addiction*, *112 Suppl 1*, 57–63. https://doi.org/10.1111/add.13433

O'Brien, P., Dwyer, R., Gleeson, D., Cook, M., Room, R. (2023) Influencing the global governance of alcohol: Alcohol industry views in submissions to the WHO consultation for the Alcohol Action Plan 2022-2030. *International Journal of Drug Policy, 119*, 104115. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2023.104115

Organización Mundial de la salud (OMS) (2008). *MPOWER: un plan de medidas para hacer retroceder la epidemia de tabaquismo.* https://iris.who.int/handle/10665/43891

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2010). *Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol.* https://iris.who.int/handle/10665/44486

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013) *Plan de acción mundial para la prevención y el control de las ENT 2013-2030 de la OMS.* https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2015/plan-accion-prevencion-control-ent-americas.pdf

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2017). *Tackling NCDs. 'Best buys' and other recommended interventions for the prevention and control of non communicable diseases*. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-NVI-17.9

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2018). *Global status report on alcohol and health 2018.* https://www.who.int/publications/i/item/9789241565639

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2019). *Diez esferas en las que pueden intervenir los gobiernos para reducir el uso nocivo del alcohol.* https://www.who.int/es/news-room/feature-stories/detail/10-areas-for-national-action-on-alcohol

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020) *El paquete técnico SAFER. Un mundo libre de los daños relacionados con el alcohol.* https://iris.paho.org/handle/10665.2/51867

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022). D*igital marketing of alcoholic beverages: what has changed?* https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240045002

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2023). *Draft action plan (2022–2030) to effectively implement the global strategy to reduce the harmful use of alcohol as a public health priority.* https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB150/B150_7Add1-en.pdf

Paixão, M. M., y Mialon, M. (2019). Help or Hindrance? The Alcohol Industry and Alcohol Control in Portugal. *International journal of environmental research and public health*, *16*(22), 4554. https://doi.org/10.3390/ijerph16224554

Palmedo, P. C., Dorfman, L., Garza, S., Murphy, E., y Freudenberg, N. (2017). Countermarketing Alcohol and Unhealthy Food: An Effective Strategy for Preventing Noncommunicable Diseases? Lessons from Tobacco. *Annual review of public health*, *38*, 119–144. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-031816-044303

Pantani, D., Sanchez, Z., y Pinsky, I. (2020). The Urgent Need to Advance Alcohol Marketing Regulation to Protect Children. *Alcoholism, clinical and experimental research*, *44*(10), 2141–2142. https://doi.org/10.1111/acer.14442

Pantani, D., Peltzer, R., Cremonte, M., Robaina, K., Babor, T., y Pinsky, I. (2017). The marketing potential of corporate social responsibility activities: the case of the alcohol industry in Latin America and the Caribbean. *Addiction*, *112*(Suppl 1), 74–80. https://doi.org/10.1111/add.13616

Petticrew, M., Fitzgerald, N., Durand, M. A., Knai, C., Davoren, M., y Perry, I. (2016). Diageo's 'Stop Out of Control Drinking' Campaign in Ireland: An Analysis. *PloS one*, *11*(9), e0160379. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160379

Petticrew, M., Maani, N., Pettigrew, L., Rutter, H., y VAN Schalkwyk, M. C. (2020). Dark Nudges and Sludge in Big Alcohol: Behavioral Economics, Cognitive Biases, and Alcohol Industry Corporate Social Responsibility. *The Milbank quarterly*, *98*(4), 1290–1328. https://doi.org/10.1111/1468-0009.12475

Pinsky, I., Pantani, D., y Sanchez, Z. M. (2020). Public health and Big Alcohol. *The Lancet. Global health*, *8*(5), e645. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30087-5

Plan Nacional sobre Drogas (2023). *Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES).* https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2023_Informe.pdf

Rehm, J., Neufeld, M., Room, R., Sornpaisarn, B., Štelemėkas, M., Swahn, M. H., y Lachenmeier, D. W. (2022). The impact of alcohol taxation changes on unrecorded alcohol consumption: A review and recommendations. *International Journal on Drug Policy*, *99*, 103420. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2021.103420

Room, R., y O'Brien, P. (2021). Alcohol marketing and social media: A challenge for public health control. *Drug and alcohol review*, *40*(3), 420–422. https://doi.org/10.1111/dar.13160

Rossow, I., y Norström, T. (2012). The impact of small changes in bar closing hours on violence. The Norwegian experience from 18 cities. *Addiction*, *107*(3), 530–537. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03643.x

Savell, E., Fooks, G., y Gilmore, A. B. (2016). How does the alcohol industry attempt to influence marketing regulations? A systematic review. *Addiction*, *111*(1), 18–32. https://doi.org/10.1111/add.13048

Siegfried, N., y Parry, C. (2019). Do alcohol control policies work? An umbrella review and quality assessment of systematic reviews of alcohol control interventions (2006 - 2017). *PloS one*, *14*(4), e0214865. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214865

Stafford, J., Kypri, K., y Pettigrew, S. (2020). Industry Actor Use of Research Evidence: Critical Analysis of Australian Alcohol Policy Submissions. *Journal of studies on alcohol and drugs*, *81*(6), 710–718. https://doi.org/10.15288/jsad.2020.81.710

Štelemėkas, M., Manthey, J., Lange, S., Badaras, R., Breda, J., Ferreira-Borges, C., y Rehm, J. (2020). Evaluation of alcohol policy control measures is key. *Addiction*, *115*(8), 1590–1591. https://doi.org/10.1111/add.14983

Stockwell, T., y Hobin, E. (2023). Hidden from View: Alcohol Industry Efforts to Keep the Epidemic of Alcohol-Related Harm from Public Awareness. En N Maani, M Petticrew, y S Galea (Eds.). *The Commercial Determinants of Health.* Oxford University Press.

Stockwell, T., Zhao, J., Clay, J., Levesque, C., Sanger, N., Sherk, A., y Naimi, T. (2024). Why do only some cohort studies find health benefits from low volume alcohol use? A systematic review and meta-analysis of study characteristics that may bias mortality risk estimates. *Journal of studies on alcohol and drugs*. Advance online publication. https://doi.org/10.15288/jsad.23-00283

Taylor, A. L., y Dhillon, I. S. (2013). An international legal strategy for alcohol control: not a framework convention--at least not yet. *Addiction*, *108*(3), 450–455. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2012.03919.x

Torjesen, I. (2011). Safe drinking campaigns run by alcohol industry do not reduce consumption. *BMJ (Clinical research ed.)*, *343*, d6634. https://doi.org/10.1136/bmj.d6634

Ulucanlar, S., Lauber, K., Fabbri, A., Hawkins, B., Mialon, M., Hancock, L., Tangcharoensathien, V., y Gilmore, A. B. (2023). Corporate Political Activity: Taxonomies and Model of Corporate Influence on Public Policy. *International journal of health policy and management*, *12*, 7292. https://doi.org/10.34172/ijhpm.2023.7292

Walls, H., Hawkins, B., y Durrance-Bagale, A. (2022). Local Government Stakeholder Perceptions of Legitimacy and Conflict of Interest: The Alcohol Industry and the "Drink Free Days" Campaign in England. *International journal of health policy and management*, *11*(8), 1505–1513. https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.59

White, A.M. (2020). Gender Differences in the epidemiology of alcohol use and related harms in the United States. *Alcohol Research, 40*(2), 01. https://doi.org/10.35946/arcr.v40.2.01

4

4 CAFEÍNA Y BEBIDAS ENERGÉTICAS

Gema Aonso-Diego

IDEAS CLAVE

1. Las bebidas energéticas son bebidas con un alto contenido de cafeína (entre 150 y 550 mg de cafeína por litro) cuya popularidad ha crecido en los últimos años, especialmente entre la población más joven.

2. Su consumo no está exento de riesgos para la salud, donde se destacan los problemas cardiovasculares, endocrinos y relacionados con la salud mental.

3. La industria de las bebidas energéticas lleva a cabo distintas tácticas como su bajo precio, diversificación de sus productos (p. ej., sabores), y un agresivo marketing, caracterizado por el patrocinio de personajes de relevancia pública y de eventos deportivos y musicales. Todo ello con el denominador común de experiencias altamente emotivas, deportes extremos, haciendo hincapié en la sensación de aventura.

4. Se deben llevar a cabo distintas medidas de control que reduzcan su prevalencia y su impacto sobre la salud. Se proponen medidas relacionadas con el producto (p. ej., ingredientes, tamaño de la lata, etiquetado, advertencias), relacionadas con la compraventa (p. ej., menores de edad, precio, impuestos), y relativas a la publicidad, promoción y patrocinio de sus productos.

1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA CAFEÍNA

La cafeína es un alcaloide del grupo de las xantinas que se encuentra presente de manera natural en diversas plantas, como el café, el té, o el cacao. Es conocida por sus efectos estimulantes en el sistema nervioso central, lo que la convierte en una de las sustancias psicoactivas más consumidas en el mundo. La cafeína actúa bloqueando los receptores de adenosina en el cerebro, lo que resulta en una sensación de alerta y energía. Además de su presencia en alimentos y bebidas, la cafeína también se utiliza en medicamentos y suplementos para mejorar la concentración y el rendimiento físico y mental.

Aunque no hay un consenso científico sobre la seguridad de la cafeína, los estudios concluyen que un consumo superior a 400 mg al día puede desencadenar problemas de salud adversos en adultos sanos (a excepción de las mujeres embarazadas, en las que el límite de consumo seguro es inferior) (European Food Safety Authority, 2015; Nawrot et al., 2003; Wikoff et al., 2017). Para niños y adolescentes, los niveles seguros de consumo de cafeína no están claros (Temple et al., 2017), aunque la mayoría de los estudios concluyen que no se debería de exceder los 2,5 mg de cafeína por cada kg de peso al día (Nawrot et al., 2003; Seifert et al., 2011; Wikoff et al., 2017). Si consideramos una bebida de 320 mg de cafeína por litro, para evitar alteraciones del sueño se debería limitar el consumo a 200 ml (i.e., el 80% de una lata de 250 ml) en los adolescentes entre 11 y 13 años; y a 250 ml en adolescente entre 14 y 17 años (Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, 2021).

Los estudios han mostrado sistemáticamente que un consumo excesivo de cafeína conlleva graves problemas de salud, incluyendo problemas cardiovasculares (p. ej., taquicardias, aumento de la presión arterial), gastrointestinales (p. ej., acidez, náuseas, diarrea), así como problemas de salud mental, tales como depresión, ansiedad y problemas relacionados con el sueño, especialmente insomnio (Temple et al., 2017).

Asimismo, los manuales diagnósticos y estadísticos, como el DSM-5-TR (APA, 2023), recogen que el consumo de cafeína puede desencadenar un trastorno por uso de cafeína, así como llevar a desarrollar tolerancia y a un síndrome de abstinencia tras su reducción o retirada. Al cesar o reducir el consumo de cafeína pueden aparecer una serie de signos y síntomas caracterizados por enrojecimiento facial, dolor de cabeza, fatiga, ansiedad, sintomatología depresiva, y deterioro de la función cognitiva (i.e., memoria, atención, tiempo de reacción), entre otros (Breda et al., 2014). La intoxicación por cafeína se caracteriza por contracciones musculares,

logorrea y pensamiento acelerado, arritmias cardíacas y agitación psicomotora. En casos extremos, la intoxicación por cafeína puede desencadenar complicaciones más graves, como arritmias cardíacas severas, convulsiones, accidentes cerebrovasculares e incluso la muerte (Cappelletti et al., 2018; Willson, 2018).

2. BEBIDAS ENERGÉTICAS: BEBIDAS CON UN ALTO CONTENIDO EN CAFEÍNA

En primer lugar, cabe mencionar que el término 'bebida energética' no es un término científico, ni existe una definición que las acote, una clasificación, ni un reglamento específico para ellas. Sino que se trata de un término de origen comercial y, por lo tanto, responde a intereses comerciales.

Llamamos bebidas energéticas a un conjunto de bebidas sin alcohol que pueden contener cafeína, taurina, gluconolactona, guaraná, ginseng, vitaminas, ginkgo biloba, o una combinación de ingredientes. Estos compuestos químicos añadidos se utilizan como elementos de marketing que aportan atractivo, exotismo, percepción de ser algo natural o jugando con otras percepciones. Además de los ingredientes mencionados, suelen añadirse azúcares y edulcorantes (naturales o sintéticos), así como otros aditivos como conservantes, saborizantes y colorantes (Al-Shaar et al., 2017).

Las distintas presentaciones de bebidas energéticas contienen elevadas cantidades de cafeína. Aunque la cantidad más habitual son 320 mg por litro (80 mg por 250 ml), generalmente oscilan entre 150 y 550 mg de cafeína por litro.

Desde su aparición en 1987, el mercado de las bebidas energéticas está en continuo crecimiento, y su producción ha crecido exponencialmente. Su valor en el mercado supera los 100.000 millones de dólares (STATISTA, 2023), y las perspectivas de mercado son que, a nivel mundial, las ventas crecerán a una tasa compuesta anual del 7% a lo largo de esta década (Precedence Research, 2022).

2.1. PREVALENCIA DEL CONSUMO DE BEBIDAS ENERGÉTICAS

Los datos de prevalencia a nivel mundial indican que el 54,7% de las personas han consumido alguna vez en la vida bebidas energéticas, el 32,3% en el último mes, y el 8,8% lo consumen de manera diaria. Además, el consumo en la población adolescente y joven es mayor que entre la población adulta (Aonso-Diego et al., 2024).

Centrándonos en los datos epidemiológicos de España, el 14,2% de la población entre 15 y 64 años han consumido bebidas energéticas en el último mes (17,1% de los hombres y el 11,2% de las mujeres). La prevalencia disminuye a medida que avanza la edad, concretamente el 37,6% de los jóvenes entre 15 y 24 años han consumido en el último mes, el 21,9% de las personas entre 25 y 34 años, el 10,9% de los que tienen entre 35 y 44 años, el 6,3% entre 45 y 54 años y, finalmente, el 3,5% entre 55 y 64 años (Plan Nacional sobre Drogas, 2022).

Cabe destacar que los datos de consumo son llamativamente mayores en la población adolescente. Concretamente, el 37,7% de los adolescentes españoles entre 12 y 13 años, así como el 47,7 % de los individuos entre 14 y 18, han consumido alguna bebida energética en el último mes (Plan Nacional sobre Drogas, 2023). Además, el 10,2% de los menores de entre 12 y 13 años, y el 19,5 % entre 14 y 18 años, las han combinado con alcohol. Estas prevalencias son las más altas desde 2016, año en el que se empezó a registrar su consumo (Plan Nacional sobre Drogas, 2023).

2.2. IMPACTO DEL CONSUMO DE BEBIDAS ENERGÉTICAS SOBRE LA SALUD

El ingrediente de las bebidas energéticas que más debate ha suscitado es la cafeína. Sin embargo, cabe destacar que los efectos derivados del consumo de bebidas energéticas no pueden atribuirse a la suma de sus ingredientes, ya que se genera un efecto adicional sinérgico derivado de la combinación de sus componentes. El consumo de bebidas energéticas tiene un impacto sobre la salud física, afectando a pulmones, hígado y riñones, así como al sistema cardiovascular, endocrino y reproductivo (Ajibo et al., 2024; Costantino et al., 2023; Marinoni et al., 2022). También se ha mostrado un impacto en la salud bucodental, particularmente un aumento de las caries (Ajibo et al., 2024). Por último, uno de los correlatos más estudiados es su relación con problemas de salud mental, destacando un incremento de la sintomatología depresiva, estrés, ansiedad, ideación suicida y problemas de sueño (Ajibo et al., 2024; Kaur et al., 2020; Marinoni et al., 2022). Asimismo, el consumo de bebidas energéticas se ha vinculado a conductas de riesgo para la salud como no usar cinturón de seguridad, o realizar prácticas sexuales de riesgo (Sampasa-Kanyinga et al., 2020). Por último, el consumo de estas bebidas se ha asociado con el consumo de otras sustancias, tanto legales como ilegales (Benkert y Abel, 2020; Dillon et al., 2019; Sampasa-Kanyinga et al., 2020), e incluso, los estudios muestran que un consumo temprano de estas bebidas (i.e., antes de los 14 años) es un fuerte predictor del posterior consumo de tabaco, alcohol y cannabis (Barrense-Dias et al., 2016; Galimov et al., 2020; Leal y Jackson, 2019; Yasuma et al., 2021).

Una de las prácticas más peligrosas relativas a las bebidas energéticas es su combinación con bebidas alcohólicas. Mientras que las bebidas energéticas son sustancias estimulantes, el alcohol es una sustancia depresora, por lo que tiene efectos opuestos en el organismo. Esta combinación es especialmente peligrosa porque las bebidas energéticas camuflan los efectos de intoxicación del alcohol (p. ej., falta de coordinación motora, tiempos de reacción, somnolencia) y producen una falsa percepción de control. Esto se traduce en una ingesta mayor de alcohol, mayor probabilidad de sobredosis y una mayor probabilidad de consecuencias no deseadas (p. ej., accidentes de tráfico, prácticas sexuales de riesgo). Además, la combinación de estas sustancias puede producir a largo plazo efectos dañinos sobre el hígado (p. ej., cirrosis, hígado graso) así como problemas cardiovasculares (p. ej., arritmias) (Caviness et al., 2017; De Giorgi et al., 2022; Verster et al., 2018).

3. ESTRATEGIAS DE LA INDUSTRIA

Al igual que ocurre en otras sustancias psicoactivas, como tabaco y alcohol, el uso y abuso de las bebidas energéticas está promovido y mantenido por la industria que las comercializa. La industria de las bebidas energéticas emplea una gran variedad de estrategias para promover el uso de sus productos, minimizar los riesgos asociados y, por ende, normalizar su consumo.

En primer lugar, para contextualizar las estrategias que utiliza la industria, es importante recalcar que la población que presenta un mayor consumo de bebidas energéticas son los adolescentes y los jóvenes (Aonso-Diego et al., 2024; Plan Nacional sobre Drogas, 2022). La industria de las bebidas energéticas es conocedora de este dato y dirige sistemáticamente sus estrategias de marketing a esta población. Asimismo, otro de su público objetivo son las personas deportistas, quienes presentan un elevado consumo de estas bebidas (Bullock et al., 2021; Buxton y Hagan, 2012; Gallucci et al., 2016; Hardy et al., 2017). Es preciso mencionar que las bebidas energéticas no están diseñadas para la rehidratación, por lo que no debería de sustituir a la hidratación y recuperación de metabolitos por medios convencionales como el agua o, en su caso, a través de bebidas isotónicas (ver Jagim et al., 2023 para revisión). No obstante, las estrategias de marketing de la industria se dirigen, en gran medida, a las personas deportistas. A modo de ejemplo, en la propia página web de RedBull® se indica que “Red Bull Energy Drink es preciado en todo el mundo por

deportistas de alto nivel, estudiantes, profesionales exigentes y por los que conducen largas distancias". (RedBull, 2024).

Las bebidas energéticas presentan ciertas características comunes que promueven su atractivo y su consumo. La industria de estas bebidas tiene una llamativa capacidad para vender su marca, sin la necesidad de promocionar su producto. Las marcas no tratan de resaltar cualidades de la bebida (p. ej., sabor), sino que remarcan ciertas cualidades asociadas al consumo, a través de relacionarlo con experiencias altamente emotivas, deportes extremos, y haciendo hincapié en la sensación de aventura, entre otros.

Asimismo, suelen diversificar su línea de productos para atraer a diferentes segmentos de personas consumidoras. Esto puede incluir el lanzamiento de nuevas variedades de bebidas energéticas con diferentes sabores (p. ej., melón, mango), niveles de cafeína, sin azúcar u otros ingredientes. Por ejemplo, la marca RedBull® tiene 10 variedades diferentes (RedBull, 2024) mientras que Monster® tiene 23 (Monster, 2024). Otras bebidas energéticas promocionan las cualidades únicas que las distinguen del resto, como ser totalmente naturales, orgánicas, sin gluten, o aptas para veganos (p. ej., Oca®).

También utilizan otras estrategias como destacar la baja o nula cantidad de calorías (p. ej., "la cantidad de azúcar que hay en un Red Bull es comparable al nivel de azúcar presente en la misma cantidad de zumo de manzana o naranja: 11 g por 100 ml"), comparar la cantidad de taurina (p. ej., "el cuerpo humano tiene 70 veces más taurina que una lata de Red Bull de 250 ml"), o equiparar la cantidad de cafeína con la presente en otras bebidas, como café, té o bebidas de cacao (p. ej., "una lata tiene 80 mg por 250 ml, mientras que un café de filtro tiene 113 mg de cafeína por cada 100 ml") (RedBull, 2024).

La aparición de numerosas marcas blancas ha provocado que bebidas energéticas tengan una elevada accesibilidad, principalmente por su bajo precio. A fecha de escritura del presente capítulo, sin restricción de edad se puede adquirir un RedBull® o un Monster® por poco más de un euro (entre 1,10€ y 1,40€); mientras que las marcas blancas se pueden adquirir por la mitad (entre 0,40€ y 0,51€).

Por último, la industria a menudo utiliza estrategias de marketing y publicidad agresivas para promover sus productos, especialmente dirigidas a personas menores de edad. Entre las estrategias de marketing más comunes está la publicidad, a modo de anuncios en televisión, las promociones (p. ej., ofertas) y el patrocinio de

personajes de relevancia pública (p. ej., streamers, deportistas) y de eventos deportivos, conciertos y festivales, así como campañas en redes sociales (Ayoub et al., 2023; Bleakley et al., 2022).

Dado su público objetivo, las marcas de bebidas energéticas están presentes en aquellos espacios más concurridos por la población joven. Concretamente, están presentes en deportes más visualizados por esta población (p. ej., Fórmula 1, pádel, Kings League), en clubs de e-sports (p. ej., Heretics), y en eventos culturales (p. ej., batallas de freestyle). Los patrocinios de estas bebidas comparten ciertas características, como es el grado de peligrosidad, aventura y emoción, como carreras extremas o la alta velocidad.

No solamente patrocinan determinados eventos deportivos, sino que también organizan distintos eventos a los que ya asisten su público objetivo. Entre los eventos más conocidos, destaca uno de los festivales más conocidos mundialmente, Coachella; así como el evento de *freestyle* rap más seguido del mundo, la RedBull Batalla de los Gallos. A modo de ejemplo, RedBull®, según los datos de su página web, patrocina a 35 deportistas españoles de deportes como Moto GP, BMX, surf y pádel; así como 13 eventos de motociclismo, pádel, y batallas de gallos, entre otros. En esta misma línea, Monster® también patrocina personajes de relevancia pública, y está presente en distintos deportes (p. ej., Fórmula 1, MotoGP, esquí), y el mundo de los videojuegos (p. ej., Call of Duty).

4. MEDIDAS DE CONTROL O PREVENCIÓN AMBIENTAL

La regulación legal de las bebidas energéticas varía considerablemente entre los países; mientras que algunos han regulado algunos aspectos de estas bebidas, otros países tienen una regulación totalmente laxa al respecto. Por ejemplo, en Lituania y en Letonia está prohibida la venta de bebidas energéticas a menores de 18 años, en Nueva Zelanda o en Alemania las bebidas energéticas no pueden contener más de 320 mg de cafeína por litro y, en Suecia, estas bebidas únicamente se venden en farmacias. Otros países han incluido un etiquetado sobre los daños de mezclar bebidas energéticas con alcohol, se ha restringido el marketing a niños, han prohibido incluir vitaminas entre sus ingredientes, o han incluido un impuesto especial con relación

al contenido de cafeína (Commonwealth of Australia Gazette, 2016; Energy Drinks Europe, 2023; Health Canada, 2013; Reissing et al., 2009; UNESDA, 2022).

Centrándonos en el contexto español, cabe destacar que no hay ninguna regulación legal relativa a las bebidas energéticas. La única normativa respecto a estas bebidas está relacionada con su etiquetado. Concretamente, el reglamento 1169/2011 del Parlamento Europeo y del consejo sobre la información alimentaria al consumidor (Diario Oficial de la Unión Europea, 2011), indica que, cuando la bebida presente más de 150 mg de cafeína por litro, se debe incluir el siguiente etiquetado: "Contenido elevado de cafeína. No recomendado para niños ni mujeres embarazadas o en periodo de lactancia", junto con la indicación de la cantidad de cafeína que contiene.

Como se puede observar en la siguiente imagen (Figura 1), las distintas marcas de bebidas energéticas incluyen dicha información sobre la advertencia de su consumo. No obstante, es llamativo que dicha información pase totalmente desapercibida, y resulta difícil encontrarla.

En línea con el marco regulatorio de otras sustancias psicoactivas (p. ej., tabaco, alcohol), u otras conductas adictivas (p. ej., juego), en el ámbito de las bebidas energéticas son varios los estudios que han clamado la importancia de llevar a cabo distintas medidas cuyo fin es reducir la disponibilidad y la accesibilidad, especialmente en la población más vulnerable (Kraak et al., 2020).

Figura 1. Lata de RedBull® y Monster®

Fuente: Elaboración propia.

A continuación, se presentan posibles medidas que se pueden llevar a cabo con respecto a las bebidas energéticas, en línea con las medidas legislativas de estas bebidas en otros países y con otras medidas regulatorias de otras sustancias psicoactivas. Concretamente, las medidas de control se van a dividir en cuatro: 1) relacionadas con el producto; 2) relacionadas con la compraventa; 3) relativas a la publicidad, promoción y patrocinio; y 4) acerca de la recopilación de información.

4.1. MEDIDAS RELACIONADAS CON EL PRODUCTO

Cabe mencionar que, según la normativa vigente, la cantidad real de cada uno de los ingredientes no tiene por qué figurar en el etiquetado, lo que deja a los consumidores desinformados sobre la cantidad que consumen. Los elementos que tienen que declarar de forma obligatoria son el valor energético, las grasas, las grasas saturadas, los hidratos de carbono, los azúcares, las proteínas y la sal. Por lo tanto, se promueve que en el etiquetado de cada bebida energética se incluya, no solo cada uno de los ingredientes activos, sino también la cantidad y proporción de cada uno de ellos.

Además, cabe señalar que otros ingredientes (p. ej., guaraná) también tienen un efecto estimulante que no está recogido en la cantidad de cafeína que contienen. Por lo tanto, también se apela a la importancia de incluir la cantidad total de cafeína que contiene cada lata, incluyendo la que proviene de distintos ingredientes. Respecto al contenido de ingredientes a base de plantas (p. ej., guaraná, ginseng, ginko) no se debe infravalorar la actividad biológica de sus principios activos y la capacidad de estos para interaccionar con determinados fármacos. Por lo tanto, el consumidor debería de ser advertido de la posibilidad o el riesgo de interacción, así como de situaciones en las que se contraindica su consumo. Otra medida regulatoria, en línea con la regulación de otros países, es la relativa a limitar la cantidad total de cafeína que puede contener cada lata, por ejemplo, limitarlo a 320 mg por litro.

Con respecto al envase, otra de las iniciativas propuestas es el tamaño de las latas individuales, ya que se recomienda promover el cumplimiento del compromiso de la industria en la comercialización de envases pequeños, esto es, no superiores de 250 ml (Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición, 2021). Además, se resalta la importancia de incluir advertencias en el etiquetado sobre los ingredientes, la cantidad de cafeína, o los posibles riesgos sobre la salud, siempre y cuando ocupen un tamaño considerable y resulte fácil la identificación y lectura.

4.2. MEDIDAS RELACIONADAS CON LA COMPRAVENTA

En segundo lugar, se pueden llevar a cabo medidas regulatorias relativas al proceso de compraventa, donde se incluye restringir su venta a los menores de edad, aumentar el precio de las bebidas energéticas, agravar impuestos en función de la cantidad de cafeína que contengan, y prohibir su venta en algunos espacios o lugares (p. ej., máquinas expendedoras, centros educativos).

4.3. MEDIDAS RELATIVAS AL MARKETING

Como se ha mencionado anteriormente, una de las estrategias más utilizadas por la industria de las bebidas energéticas es su agresivo marketing, a través de distintas estrategias de publicidad, promoción y patrocinio. En esta línea, se propone regular todas las estrategias de marketing que utiliza la industria con el objetivo de reducir su impacto, especialmente sobre los niños y adolescentes. Para tal fin, se pueden llevar a cabo medidas como regular el horario de los anuncios, el uso de personajes de relevancia pública, el patrocinio de eventos deportivos, o asociar el consumo a cualidades positivas (p. ej., deporte, éxito, juventud).

4.4. MEDIDAS ACERCA DE LA RECOPILACIÓN DE INFORMACIÓN

Por último, cabe mencionar que España debe sumarse al esfuerzo europeo de recopilación de datos sobre el consumo de bebidas energéticas y las tendencias de su consumo a través de acciones anuales de monitorización. Las encuestas bianuales del Plan Nacional sobre Drogas (i.e., EDADES y ESTUDES) ofrecen información muy valiosa pero limitada, ya que únicamente proporcionan el consumo de bebidas energéticas en el último mes. Esta información se podría completar con datos relativos al consumo en otros periodos temporales (p. ej., consumo diario), el consumo de cafeína por otras vías (p. ej., café, té), su mezcla con bebidas alcohólicas, así como otras variables relacionadas.

En conclusión, el consumo de bebidas energéticas es un problema de salud pública que alerta a la sociedad y a la comunidad científica, no solo por su impacto en la salud, sino también por su elevada prevalencia, su regulación laxa, su alta accesibilidad y su baja percepción de riesgo. Por todo ello, se clama la necesidad y la importancia de llevar a cabo medidas preventivas y legislativas que reduzcan el consumo, especialmente en las poblaciones más vulnerables, como son los niños y adolescentes.

REFERENCIAS

Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (2021). *Informe del Comité Científico de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) sobre los riesgos asociados al consumo de bebidas energéticas*. https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/seguridad_alimentaria/evaluacion_riesgos/informes_comite/BEBIDAS_ENERGETICAS.pdf

Ajibo, C., Van Griethuysen, A., Visram, S., y Lake, A. A. (2024). Consumption of energy drinks by children and young people: a systematic review examining evidence of physical effects and consumer attitudes. *Public Health*, *227*, 274–281. https://doi.org/10.1016/J.PUHE.2023.08.024

Al-Shaar, L., Vercammen, K., Lu, C., Richardson, S., Tamez, M., y Mattei, J. (2017). Health effects and public health concerns of energy drink consumption in the United States: A mini-review. *Frontiers in Public Health*, *5*, 255. https://doi.org/10.3389/fpubh.2017.00225

Aonso-Diego, G., Krotter, A., y García-Pérez, Á. (2024). Prevalence of energy drink consumption worldwide: A systematic review and meta-analysis. *Addiction*, *119*(3), 438–463. https://doi.org/10.1111/add.16390

APA. (2023). *Diagnosis and Statistical Manual of Mental Disorders – Fifth Edition Text Revision. DSM-5-TR*. American Psychiatric Association.

Ayoub, C., Pritchard, M., Bagnato, M., Remedios, L., y Potvin Kent, M. (2023). The extent of energy drink marketing on Canadian social media. *BMC Public Health*, *23*(1), 767. https://doi.org/10.1186/S12889-023-15437-W

Bleakley, A., Ellithorpe, M. E., Jordan, A. B., Hennessy, M., y Stevens, R. (2022). A content analysis of sports and energy drink advertising. *Appetite, 174*, 106010. https://doi.org/10.1016/j.appet.2022.106010

Barrense-Dias, Y., Berchtold, A., Akre, C., y Surís, J. C. (2016). Consuming energy drinks at the age of 14 predicted legal and illegal substance use at 16. *Acta Paediatrica*, *105*(11), 1361–1368. https://doi.org/10.1111/apa.13543

Benkert, R., y Abel, T. (2020). Heavy energy drink consumption is associated with risky substance use in young Swiss men. *Swiss Medical Weekly*, *150*, w20243. https://doi.org/10.4414/smw.2020.20243

Breda, J. J., Whiting, S. H., Encarnação, R., Norberg, S., Jones, R., Reinap, M., y Jewell, J. (2014). Energy Drink Consumption in Europe: A Review of the Risks, Adverse Health Effects, and Policy Options to Respond. *Frontiers in Public Health*, *2*, 134. https://doi.org/10.3389/FPUBH.2014.00134

Bullock, G. S., Nicholson, K. F., Waterman, B. R., Niesen, E., Salamh, P., Thigpen, C. A., Shanley, E., Devaney, L., Collins, G. S., Arden, N. K., y Filbay, S. R. (2021). Health Conditions, Substance Use, Physical Activity, and Quality of Life in Current and Former Baseball Pla-

yers. *The Orthopaedic Journal of Sports Medicine*, *9*(11), 23259671211056644. https://doi.org/10.1177/23259671211056645

Buxton, C., y Hagan, J. E. (2012). A survey of energy drinks consumption practices among student -athletes in Ghana: lessons for developing health education intervention programmes. *Journal of the International Society of Sports Nutrition*, *9*(1), 9. https://doi.org/10.1186/1550-2783-9-9

Cappelletti, S., Piacentino, D., Fineschi, V., Frati, P., Cipolloni, L., y Aromatario, M. (2018). Caffeine-Related Deaths: Manner of Deaths and Categories at Risk. *Nutrients*, *10*(5). https://doi.org/10.3390/NU10050611

Caviness, C. M., Anderson, B. J., y Stein, M. D. (2017). Energy drinks and alcohol-related risk among young adults. *Substance Abuse*, *38*(4), 376–381. https://doi.org/10.1080/08897077.2017.1343217

Commonwealth of Australia Gazette (2016). *Standard 2.6.4 Formulated caffeinated beverages*. https://www.legislation.gov.au/Details/F2013C00107/adb73b46-c8da-403a-bacd-65a63eed7d5f

Costantino, A., Maiese, A., Lazzari, J., Casula, C., Turillazzi, E., Frati, P., y Fineschi, V. (2023). The Dark Side of Energy Drinks: A Comprehensive Review of Their Impact on the Human Body. *Nutrients*, *15*(18). https://doi.org/10.3390/NU15183922

De Giorgi, A., Valeriani, A., De Giorgi, A., Valeriani, F., Gallè, F., Ubaldi, F., Bargellini, A., Napoli, C., Liguori, G., Romano Spica, V., Vitali, M., y Protano, C. (2022). Alcohol Mixed with Energy Drinks (AmED) Use among University Students: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*, *14*, 4985. https://doi.org/10.3390/nu14234985

Diario Oficial de la Unión Europea (2011). *Reglamento No 1169/2011 del Parlamento Europeo y del Consejo de 25 de octubre de 2011 sobre la información alimentaria facilitada al consumidor y por el que se modifican los Reglamentos (CE) no 1924/2006 y (CE) no 1925/2006 del Parlamento Europeo*. https://www.boe.es/doue/2011/304/L00018-00063.pdf

Dillon, P., Kelpin, S., Kendler, K., Thacker, L., Dick, D., y Svikis, D. (2019). Gender Differences in Any-Source Caffeine and Energy Drink Use and Associated Adverse Health Behaviors. *Journal of Caffeine and Adenosine Research*, *9*(1), 12–19. https://doi.org/10.1089/caff.2018.0008

Energy Drinks Europe (2023). *EU and self-regulation*. https://www.energydrinkseurope.org/regulation/eu-and-self-regulation/

European Food Safety Authority (2015). *Scientific Opinion on the safety of caffeine*. https://efsa.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdfdirect/10.2903/j.efsa.2015.4102?download=true

Galimov, A., Hanewinkel, R., Hansen, J., Unger, J. B., Sussman, S., y Morgenstern, M. (2020). Association of energy drink consumption with substance-use initiation among adolescents: A 12-month longitudinal study. *Journal of Psychopharmacology*, *34*(2), 221–228. https://doi.org/10.1177/0269881119895545

Gallucci, A. R., Martin, R. J., y Morgan, G. B. (2016). The Consumption of Energy Drinks Among a Sample of College Students and College Student Athletes. *Journal of Community Health*, *41*(1), 109–118. https://doi.org/10.1007/s10900-015-0075-4

Hardy, R., Kliemann, N., Evansen, T., y Brand, J. (2017). Relationship Between Energy Drink Consumption and Nutrition Knowledge in Student-Athletes. *Journal of Nutrition Education and Behavior*, *49*(1), 19-26.e1. https://doi.org/10.1016/j.jneb.2016.08.008

Health Canada (2013). *Category specific guidance for temporary marketing authorization – caffeinated energy drinks*. https://www.canada.ca/en/health-canada/services/food-nutrition/legislation-guidelines/guidance-documents/category-specific-guidance-temporary-marketing-authorization-caffeinated-energy-drinks.html

Jagim, A. R., Harty, P. S., Tinsley, G. M., Kerksick, C. M., Gonzalez, A. M., Kreider, R. B., Arent, S. M., Jager, R., Smith-Ryan, A. E., Stout, J. R., Campbell, B. I., VanDusseldorp, T., y Antonio, J. (2023). International society of sports nutrition position stand: energy drinks and energy shots. *Journal of the International Society of Sports Nutrition*, *20*(1), 2171314. https://doi.org/10.1080/15502783.2023.2171314

Kaur, S., Christian, H., Cooper, M. N., Francis, J., Allen, K., y Trapp, G. (2020). Consumption of energy drinks is associated with depression, anxiety, and stress in young adult males: Evidence from a longitudinal cohort study. *Depression and Anxiety*, *37*(11), 1089–1098. https://doi.org/10.1002/da.23090

Kraak, V. I., Davy, B. M., Rockwell, M. S., Kostelnik, S., y Hedrick, V. E. (2020). Policy Recommendations to Address Energy Drink Marketing and Consumption by Vulnerable Populations in the United States. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, *120*(5), 767–777. https://doi.org/10.1016/J.JAND.2020.01.013

Leal, W. E., y Jackson, D. B. (2019). The role of energy drink consumption in the intention to initiate marijuana use among adolescents. *Addictive Behaviors*, *93*, 240–245. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.02.008

Marinoni, M., Parpinel, M., Gasparini, A., Ferraroni, M., y Edefonti, V. (2022). Risky behaviors, substance use, and other lifestyle correlates of energy drink consumption in children and adolescents: a systematic review. *European Journal of Pediatrics*, *181*(4), 1307–1319. https://doi.org/10.1007/S00431-021-04322-6

Monster (2024). *Energy Drinks*. https://www.monsterenergy.com/es-es/energy-drinks/

Nawrot, P., Jordan, S., Eastwood, J., Rotstein, J., Hugenholtz, A., y Feeley, M. (2003). Effects of caffeine on human health. *Food Additives and Contaminants*, *20*(1), 1–30. https://doi.org/10.1080/0265203021000007840

Plan Nacional sobre Drogas (2022). *Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES)*. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_Informe_EDADES.pdf

Plan Nacional sobre Drogas (2023). *Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES), 1994-2023*. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2023_Informe.pdf

Precedence Research (2022). *Energy Ingredients Market*. https://www.precedenceresearch.com/energy-ingredients-market

RedBull (2024). *Energy Drinks*. https://www.redbull.com/es-es/energydrink

Reissing, C. J., Strain, E. C., y Griffiths, R. R. (2009). Caffeinated energy drinks - A growing problem. *Drug and Alcohol Dependence*, *99*(1–3), 1–10. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2008.08.001

Sampasa-Kanyinga, H., Masengo, L., Hamilton, H. A., y Chaput, J. P. (2020). Energy Drink Consumption and Substance Use Among Middle and High School Students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(9), 3110. https://doi.org/10.3390/ijerph17093110

Seifert, S. M., Schaechter, J. L., Hershorin, E. R., y Lipshultz, S. E. (2011). Health Effects of Energy Drinks on Children, Adolescents, and Young Adults. *Pediatrics*, *127*(3), 511. https://doi.org/10.1542/PEDS.2009-3592

STATISTA (2023). *Tamaño del mercado mundial de bebidas energéticas y deportivas de 2022 hasta 2028*. https://es.statista.com/estadisticas/1422612/tamano-del-mercado-mundial-de-bebidas-energeticas-y-deportivas/

Temple, J. L., Bernard, C., Lipshultz, S. E., Czachor, J. D., Westphal, J. A., y Mestre, M. A. (2017). The Safety of Ingested Caffeine: A Comprehensive Review. *Frontiers in Psychiatry*, *8*, 80. https://doi.org/10.3389/FPSYT.2017.00080

UNESDA (2022). *UNESDA Code for the Labelling and Marketing of Energy Drinks*. https://www.unesda.eu/wp-content/uploads/2022/06/UNESDA-Code-for-the-Labelling-and-Marketing-of-Energy-Drinks_January-2022.pdf

Verster, J. C., Benson, S., Johnson, S. J., Alford, C., Godefroy, S. B., y Scholey, A. (2018). Alcohol mixed with energy drink (AMED): A critical review and meta-analysis. *Human Psychopharmacology Psychopharmacol*, *33*(2), e2650. https://doi.org/10.1002/hup.2650

Wikoff, D., Welsh, B. T., Henderson, R., Brorby, G. P., Britt, J., Myers, E., Goldberger, J., Lieberman, H. R., O'Brien, C., Peck, J., Tenenbein, M., Weaver, C., Harvey, S., Urban, J., y Doepker, C. (2017). Systematic review of the potential adverse effects of caffeine consumption in healthy adults, pregnant women, adolescents, and children. *Food and Chemical Toxicology*, *109*, 585–648. https://doi.org/10.1016/j.fct.2017.04.002

Willson, C. (2018). The clinical toxicology of caffeine: A review and case study. *Toxicology Reports*, *5*, 1140. https://doi.org/10.1016/J.TOXREP.2018.11.002

Yasuma, N., Imamura, K., Watanabe, K., Nishi, D., Kawakami, N., y Takano, A. (2021). Association between energy drink consumption and substance use in adolescence: A systematic review of prospective cohort studies. *Drug and Alcohol Dependence*, *219*, 108470. https://doi.org/10.1016/J.DRUGALCDEP.2020.108470

5

5 BIG CANNABIS

Adelaida Lozano Polo

IDEAS CLAVE

1. Suele denominarse *Big Cannabis* a aquel sector de la industria del cannabis que promueve el consumo de derivados cannábicos con propiedades psicoactivas.

2. El consumo de cannabis con propiedades psicoactivas se ve influenciado por estrategias comerciales que promueven su uso a través de *fake news* y publicidad engañosa en diversos medios de comunicación y a través de *grupos fachadas*.

3. El intento de promocionar este consumo es impulsado por estrategias características de los denominados Determinantes Comerciales de Salud (DCS), como campañas de marketing, iniciativas de Responsabilidad Social Corporativa de la industria y lobby político.

4. El concepto de "cannabis terapéutico" es un concepto equívoco que está siendo utilizado por la industria para promover su consumo con el objetivo de influir en la percepción pública y aumentar la aceptación de uso recreativo.

1. ¿ES LA INDUSTRIA DEL CANNABIS UN DETERMINANTE COMERCIAL DE SALUD?

Depende qué se entienda por "cannabis" y cómo se defina la "industria del Cannabis". La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024) dice que "cannabis es un término genérico utilizado para designar los distintos preparados psicoactivos de la planta *Cannabis sativa"*. El principal componente psicoactivo es el Δ9-tetrahidrocannabinol (THC). Según esto, solo serían "industrias del cannabis" aquellas que promueven los derivados con propiedades psicoactivas y no las que promueven otros productos (a veces denominadas industrias del cáñamo).

Existen más de 700 variedades de *Cannabis* sativa (Gloss, 2015). Todas las variedades de la planta del cáñamo se consideran *Cannabis sativa*. El cáñamo se utiliza para fabricar una variedad de productos comerciales e industriales, incluidos cuerdas, textiles, prendas de vestir, zapatos, alimentos, papel, bioplásticos, aislamientos y biocombustibles; sus semillas, de alto valor nutricional, se utilizan sobre todo en alimentación animal; en la actualidad algunos productos se utilizan en cosmética. Tradicionalmente, las plantas utilizadas para usos industriales contienen bajas concentraciones de THC y no suelen producir efectos psicoactivos. Consecuentemente, nunca en la historia se ha considerado un determinante comercial de la salud (DCS).

El THC y algún otro compuesto de la planta, como el cannabidiol (CBD), están comercializados por su utilidad terapéutica (Coelho et al., 2023; Legare et al., 2022). Como fármacos sujetos a prescripción -al igual que lo está la morfina en España o la heroína en el Reino Unido- no han dado especiales problemas. Desde esta perspectiva, tampoco puede considerarse el cannabis como un Determinante Comercial de la Salud (DCS), salvo que, como en el caso de la oxicodona, alguna empresa farmacéutica pretenda engañar al respecto a la población y a las entidades reguladoras.

La mayoría de los productos derivados del cannabis con propiedades psicoactivas no están comercializados, salvo en algunos países en los que se han permitido determinados consumos recreativos (MJBizDaily, 2024). Consecuentemente, difícilmente puede ser determinante comercial algo que no está comercializado. La cocaína, por ejemplo, vive en un mercado ilegal y nunca ha sido considerada un DCS, independientemente de los daños que cause o pueda causar a la salud de quien la consume y/o de quienes le rodean.

Sin embargo, de manera similar a como se ha denominado *Big Tobacco* y *Big Alcohol* al grupo de industrias con intereses comerciales en estos dos productos, actualmente se denomina *Big Cannabis* al grupo de industrias con intereses comerciales en la normalización e institucionalización del cannabis, industrias que no siempre son distintas de las anteriores.

Es indudable que, al igual que ocurre en el caso del alcohol, en la actualidad existe un conjunto de intereses por banalizar el consumo regular de cannabis, por no transmitir una adecuada percepción de riesgo sobre su consumo (Servimedia, 2021). Parte de estos intereses pueden no ser comerciales, pero la mayor parte sí los son, aunque frecuentemente estos últimos se disfrazan de los primeros, bastante más "vendibles" a los diversos sectores de la población general (Think Global Health, 2024). Desde esta perspectiva, que es la que se ofrece en este capítulo, no hay duda de que puede ser considerado un DCS.

2. EL CONSUMO DE CANNABIS PSICOACTIVO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Comúnmente se denomina marihuana a las hojas de cannabis o materiales vegetales sin procesar y hachís como las plantas femeninas no polinizadas. Actualmente se cultivan variedades específicas con mayor concentración de THC (Bidwell et al., 2021; Isorna, 2022). El cannabidiol (CBD), es otro de los componentes de la planta de cannabis, del que existe controversia en cuanto a su utilidad y perjuicio [Food and Drug Administration (FDA), 2024].

Es la droga ilegal más ampliamente utilizada tanto por jóvenes (ESTUDES, 2023) como adultos (EDADES, 2022) en España. Es la droga ilegal más ampliamente utilizada en España [Observatorio Español de las Drogas y de las Adicciones (OEDA), 2022a], tanto por jóvenes (OEDA, 2023) como adultos (OEDA 2022b), y también los en los otros países [European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction (EMCDDA), 2023].

En diciembre de 2020 la Comisión de Estupefacientes de las Naciones Unidas reclasificó el cannabis y la resina de cannabis al mismo nivel que la morfina y la oxicodona (OMS, 2020), abriendo la puerta al uso de derivados del cannabis con fines terapéuticos y, por tanto, a la necesidad de regular su consumo con este fin.

Sus efectos característicos son las de un depresor del sistema nervioso central que a dosis mayores presenta acciones alucinógenas.

La forma más habitual de consumo de cannabis es la fumada en forma de porro (marihuana o hachís con tabaco); también se fuma sola la marihuana (integral, verde o *joint*), se vaporizan sus derivados o se utiliza en forma de aceites o resina (fumada, vaporizada, inhalada, en *bong*, cachimbas, cigarrillos electrónicos, *dabbing*, etc.). Además, se utilizan derivados del cannabis en infusiones, alimentos o principalmente en repostería o bollería (Isorna, 2022).

Los efectos agudos del consumo de cannabis se han reconocido desde hace muchos años y estudios recientes han confirmado y ampliado hallazgos anteriores. Según la OMS (2024), estos pueden resumirse de la siguiente manera:

- El cannabis perjudica el desarrollo cognitivo (capacidades de aprendizaje), incluidos los procesos asociativos; el libre recuerdo de elementos aprendidos previamente suele verse afectado cuando se consume cannabis tanto durante el período de aprendizaje como durante el período de recuerdo;

- El cannabis perjudica el rendimiento psicomotor en una amplia variedad de tareas, como la coordinación motora, la atención dividida y tareas operativas de muchos tipos; el rendimiento humano en maquinaria compleja puede verse afectado hasta 24 horas después de fumar tan solo 20 mg de THC en cannabis;

- Existe un mayor riesgo de accidentes automovilísticos entre las personas que conducen en estado de ebriedad con cannabis, consumido solo o en combinación.

Entre los efectos crónicos del consumo de cannabis sobre la salud, la OMS (2024) destaca:

- deterioro selectivo del funcionamiento cognitivo que incluye la organización e integración de información compleja que involucra diversos mecanismos de atención y procesos de memoria; el uso prolongado puede provocar un mayor deterioro, que puede no recuperarse al suspender el uso y que podría afectar las funciones de la vida diaria;

- es probable que los consumidores crónicos desarrollen un síndrome de dependencia del cannabis –también denominado *trastorno por uso de cannabis*–

caracterizado por una pérdida de control sobre el consumo de cannabis; trastorno que se observa tanto tras el consumo recreativo como el terapéutico (Dawson et al., 2024);

- el consumo de cannabis puede exacerbar la esquizofrenia en las personas afectadas;

- la lesión epitelial de la tráquea y los bronquios principales es causada por fumar cannabis durante un período prolongado; así como lesión de las vías respiratorias, inflamación pulmonar y deterioro de las defensas pulmonares contra infecciones por el consumo persistente de cannabis durante períodos prolongados; por ello, el consumo excesivo de cannabis se asocia con una mayor prevalencia de síntomas de bronquitis crónica y una mayor incidencia de bronquitis aguda que en la cohorte de no fumadores;

- el consumo de cannabis durante el embarazo se asocia con alteraciones del desarrollo fetal que conducen a una reducción del peso al nacer; y podría provocar un mayor riesgo posnatal de ciertas formas raras de cáncer.

Preocupan especialmente los posibles riesgos asociados con una peor salud mental (West y Sharif, 2023a, 2023b; Widwell et al., 2021;), aunque también los cardiovasculares (Testai et al., 2022; Urits et al., 2021) y los derivados de una mayor accidentabilidad (Huynd et al., 2024; Wardell et al., 2024).

Son también motivo de preocupación las potenciales afectaciones a terceras personas, bien durante el embarazo (Brick et al., 2024), la lactancia (Drug and Lactation Database, 2024) y tras la exposición ambiental (Greenfield, 2024).

Al igual que ocurre con el alcohol, todos los riesgos son menos probables que ocurran en consumos esporádicos y aislados. Además, también al igual que el alcohol, la proporción de personas consumidoras regulares que desarrollan un trastorno de dependencia o por uso de cannabis es menor que con otras sustancias, como la nicotina, la cocaína o la heroína, lo cual en ningún caso que quien desarrolle el trastorno tenga menos dificultades para dejarlo.

En cuanto a los perjuicios de su uso [Center for Disease Control and Prevention (CDC), 2023], a pesar de las noticias que intentan hacer creer que no presenta ningún riesgo para la salud, se ha de tener en cuenta que un 3% de jóvenes entre 14 y 18 años (17,8% de usuarios) presentan un posible consumo problemático (OEDA,

2022), siendo ligeramente inferior en el caso de población de 15 a 64 años (1,9% y 22,5% respectivamente). Según datos del OEDA está relacionado con urgencias hospitalarias por uso de sustancias (50% de casos analizados), mortalidad por reacción aguda (25,5%) o siniestralidad vial (20% de fallecidos dan positivo a sustancias de los cuales la mitad lo hacen al cannabis) (OEDA, 2022).

La regulación para uso terapéutico de productos cannábicos y la utilización en cosmética y para farmacias de otros compuestos sin propiedades psicoactivas (existe una especie de "boom" de lo "natural", de lo proveniente de plantas) ha ampliado el número de productos comerciales que muestran la característica hoja de marihuana en su envase, aunque no contengan nada de THC y en ocasiones solo trazas de cannabinoides psicoactivos. De esta manera, una sustancia ilegal está siendo publicitada y promovida con diferentes estrategias por parte de la industria del *Big Cannabis*: es algo similar a lo que se señalaba en el capítulo previo sobre usar las bebidas 0,0% para promocionar indirectamente aquellas que no pueden ser publicitadas o promocionadas.

3. ESTRATEGIAS EMPLEADAS POR EL *BIG CANNABIS*

El caso del cannabis es un ejemplo típico en el que se pueden identificar diversos condicionantes dirigidos a fomentar su consumo, más allá de cuando se consume combinado con el tabaco (Zabala et al., 2021). Las industrias del tabaco y el alcohol muestran un creciente interés en la comercialización del cannabis (Isorna y Villanueva, 2022), posiblemente como estrategia para promocionar ambos productos dada su interrelación.

Ya desde principio de siglo se ha observado –en ocasiones, denunciado– la creación de una cultura favorable al uso del cannabis (Calafat et al., 2000), resultado de diversas estrategias de marketing y de iniciativas de Responsabilidad Social Corporativa para lavar la imagen del Big Cannabis (Kickbusch et al., 2016). Estas tácticas comerciales están produciendo perjuicio en la salud de la población, haciendo que la sociedad se haga cargo de los gastos que genera sus "externalidades" y asuman las normas que la industria cannábica quiere imponer, utilizando iniciativas de poder instrumental, estructural y discursivo (Gilmore et al., 2023).

Todo ello, teniendo en cuenta que estamos hablando de un producto que se considera una droga, por lo que no está permitida su venta y por tanto la publicidad, promoción y patrocinio. En España, está prohibido su consumo en público, así como su cultivo, distribución y venta (Ley Orgánica 4/2015), a excepción de los productos para uso terapéutico.

Una estrategia global es la "Captura corporativa", que busca priorizar los intereses particulares sobre el interés público, enfocándose en aumentar los beneficios económicos a expensas de la salud pública. La industria del cannabis emplea esta estrategia para difundir los supuestos beneficios económicos de la comercialización legal del cannabis (Isorna et al., 2022; Royo-Bordonada, 2019). Este concepto está relacionado con las prácticas del sector comercial, principalmente la financiera y política, del Modelo de los DCS (Gilmore et al., 2023).

Según Royo-Bordona (2019), las empresas recurren a diversas estrategias para promover sus productos, incluso a pesar de los daños que puedan causar:

- Manipulación de resultados científicos: Financiación de programas científicos, cátedras, fundaciones, etc. para "sembrar dudas" sobre los efectos perjudiciales para la salud y la evidencia científica establecida.

- Fomento del consumo en jóvenes: Utilizan campañas de marketing social para promover el consumo desde edades tempranas, financiando actividades educativas-recreativas y facilitando la presencia en espacios públicos y el acceso a sus productos.

- Mejora de imagen mediante Responsabilidad Social Corporativa: Patrocinan programas de salud y prevención de adicciones, cooperan con ONGs, difunden noticias falsas que minimizan los riesgos y asocian el consumo con valores positivos, mientras se presentan como parte de la solución a problemas de salud pública. Manipulan el lenguaje con mensajes sobre derecho a consumir libremente y el consumo moderado o responsable.

- Desafío a la regulación gubernamental: Cuestionan la legitimidad de la regulación gubernamental, promoviendo la idea de que el consumo es una cuestión de responsabilidad individual y culpabilizando a las víctimas. Utilizan "asociaciones pantallas" para oponerse a la regulación, exagerando sus efectos negativos y minimizando los positivos.

- Influencia en la formación profesional: Controlan la formación continua de profesionales financiando cursos y conferencias, e incluso contratando expertos que luego actúan como asesores científicos y políticos.

- Lobby: Ejercen presión sobre los gobiernos y organismos internacionales mediante el financiamiento de partidos políticos, promoción de colaboraciones público-privadas y fomento de las puertas giratorias para colocar a personas afines en puestos de responsabilidad.

Todas estas estrategias se repiten en los diversos DCS.

Otra estrategia común son las "Maniobras de *Rebranding*" (Isorna y Villanueva, 2022), que implica cambiar la percepción social para favorecer su regulación mediante el uso de términos asociados a la salud, la sostenibilidad ambiental y la ciencia, además de promover nuevas formas de consumo que se presentan como más saludables, diferenciando los productos con THC o CBD, bien por vía vaporizada, en infusión, digestiva o tópica.

También se reconocen como maniobras de *rebranding* a las acciones que buscan alterar la percepción social del cannabis para promover una regulación menos restrictiva. Estas acciones incluyen cambios en el logo, nombre, tipografía y mensaje, con el objetivo de asociar la sustancia con conceptos positivos como salud, bienestar y sostenibilidad medioambiental. Se emplean términos como "cannabis medicinal" o "cannabis terapéutico", así como términos relacionados con lo orgánico, natural o alternativo (Isorna y Villanueva, 2022).

Asimismo, se diferencia entre productos con alto contenido de THC o CBD para darles un enfoque más científico. Se promueven formas de consumo alternativas, como vaporización, infusiones, alimentos y cosméticos, presentándolos como opciones más saludables y respetuosas con el medio ambiente. Todo esto contribuye a cambiar la percepción social tanto del producto como de sus usuarios, buscando asociarlo con personas de alto estatus socioeconómico, pacientes con enfermedades graves o individuos preocupados por su bienestar. Un ejemplo es la campaña publicitaria puesta en marcha por *MedMen* en 2018 con un coste de 2 millones de dólares y con la finalidad de asociar el consumo de cannabis con "gente común" (abuelas, maestras, ejecutivos, jugadores de fútbol, enfermeras…) mediante publicidad en mobiliario urbano, autobuses, internet, etc. (APNEWS, 2018).

Además, se fomenta una "cultura cannábica" vinculada a valores como el ecologismo, la salud, la tolerancia, la justicia, la interculturalidad y la religión.

Estos mismos autores (Isorna y Villanueva, 2023) realizaron un estudio bibliográfico donde identificaron las estrategias fundamentales utilizadas por la industria del cannabis para estimular su consumo, clasificándolas en 7 categorías de rebranding:

1. Argumentos de desarrollo económico;
2. Promoción de una imagen positiva del cannabis relacionada con salud y bienestar;
3. Fomento de una imagen social más aceptable del consumidor, cultivador y vendedor;
4. Patrocinio de eventos (Figura 1) y distribución de regalos publicitarios;
5. Captación y retención de consumidores a través de videojuegos (Figura 2), cine o televisión (Figura 3) e *influencers* (Figura 4);
6. Utilización de publicaciones propias, cuyo contenido en ocasiones puede ser definido como sesgado e incluso *fake news* especialmente en lo relacionado con sus efectos terapéuticos y beneficiosos) (Figura 5); y
7. Influencia en la investigación sobre el cannabis mediante financiación proveniente de la industria cannábica.

Figura 1. Ejemplos de estrategia de promoción y patrocinio en España (Spannabis, Viña Rock, ViñaGrow y otros)

Fuente: Elaboración propia.

Figura 2. Videojuegos sobre Marihuana

Fuente: https://naturalezagrow.com/blog/juegos-de-marihuana-android-y-pc/.

Figura 3. Películas relacionadas con cannabis

Fuente: https://naturalezagrow.com/blog/peliculas-ver-fumados/.

Figura 4. *Influencers* y blogs relacionados con el cannabis

Fuente: Elaboración propia.

Figura 5. Ejemplo de publicaciones escritas pro-cannábicas

Fuente: https://naturalezagrow.com/blog/peliculas-ver-fumados/.

4. ESTRATEGIAS UTILIZADAS POR LA INDUSTRIA DEL CANNABIS

A continuación, se describen en profundidad algunas de estas estrategias.

4.1. ARGUMENTOS DE DESARROLLO ECONÓMICO

En relación con los argumentos del desarrollo económico, puede analizarse un ejemplo que emplea estrategias de manipulación del lenguaje y de poder, destacando el creciente mercado del CBD. Según estimaciones de *Vantage Market Research*, se proyecta un crecimiento del mercado (x12) para el período 2022-2028. *Prohibition Partners*, una consultora especializada en la industria del cannabis estima un valor de miles de millones de euros para el mercado europeo, con una previsión de crecimiento del 500% en los próximos tres años. En España, con un clima propicio, la extensión de las hectáreas dedicadas al cultivo de estas plantas se ha multiplicado por ocho desde 2016, según datos del Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Empresas como *ProfesorCBD* presumen de un crecimiento exponencial, con una facturación superior al millón de euros en 2022, como indica *Dana Agronomics* (2020). Estas noticias buscan atraer a nuevos inversores y promover la idea de que el cannabis es un producto terapéutico seguro, incluso para usos recreativos.

Efectos de estas estrategias son la proliferación de "grow shops" o tiendas especializadas en productos relacionados con el cannabis, como un eslabón esencial del negocio; o la introducción de CBD y derivados cannábicos en diversos productos comercializados en grandes almacenes, sin restricciones de publicidad. Todo ello contribuye a la normalización de su uso en la sociedad.

4.2. CAMBIO DE IMAGEN MEDIANTE *REBRANDING*

Otra estrategia es transformar la imagen negativa asociada a la persona que consume cannabis regularmente. Para ello, se difunden noticias que resaltan los posibles beneficios terapéuticos de esta planta, buscando vincular la imagen del usuario con la de personas que necesitan tratamiento con cannabis para enfermedades graves (Isorna et al., 2023). Para lograr esto, se establecen vínculos con asociaciones pro-cannabis, muchas veces lideradas por individuos con enfermedades crónicas que han encontrado alivio en el cannabis. También se buscan alianzas con grupos de investigación y partidos políticos que abogan por la regulación del cannabis (Adams et al., 2021). Un estudio realizado en Colorado mostró la relación entre las contribu-

ciones económicas a campañas políticas y el apoyo favorable hacia la industria del cannabis (Rotering, 2023).

Asimismo, se apoyan en el cine, series de televisión, videojuegos e *influencers*, los cuáles financiados por la propia industria, promocionan el cultivo y consumo de cannabis, relativizando sus efectos perjudiciales o presentándolo como una sustancia medicinal (Isorna et al., 2023). Además, se ha observado que la industria del cannabis financia en gran medida la investigación sobre el cannabis "terapéutico", tal y como ocurrió en 2018 con la cátedra de "Ciencia del cannabis" de la Universidad de Columbia Británica (Canadá) financiada por Canopy Growth (Isorna Folgar y Villanueva-Blasco, 2022). Estas cuestiones han suscitado un debate en varios países, incluyendo España, sobre la conveniencia de despenalizar y regular la venta de cannabis, tanto con fines terapéuticos como recreativos.

Las estrategias de RSC pueden ser consideradas como una parte de las maniobras de *rebranding*. Estas estrategias son comparables a las utilizadas por la industria tabacalera, para influir en la regulación, normalizar y promover su uso (Wakefield, 2022). Entre las acciones realizadas mediante RSE se han descrito en EE. UU. y Canadá programas educativos, iniciativas de sostenibilidad y marketing, reclutar organizaciones de interés público como aliados.

4.3. ESTRATEGIAS DE CONFUSIÓN

4.3.1. ¿Qué se entiende por "cannabis terapéutico"?

El término "cannabis terapéutico" es ambiguo. No todas las personas tienen en mente lo mismo cuando lo utilizan. Este término puede emplearse para designar a los derivados cannábicos que han mostrado utilidad clínica y que ya están comercializados para su uso médico o que en la actualidad se encuentran en vías de experimentación, dependiendo su comercialización de cuáles sean los resultados de los ensayos clínicos controlados que se están llevando a cabo.

Hablar aquí de legalización no tiene mucho sentido porque ya se mueven en un marco legal aceptado y la situación sería similar a la que ocurre con los fármacos opiáceos. Carece de sentido hablar de la legalización de la morfina terapéutica o de los opiáceos terapéuticos: aquello que se comprueba que es útil se aprueba y se regula como se considera más conveniente. Hablar de la legalización de los opiáceos terapéuticos podría dar a entender que se priva a los pacientes de sustancias terapéuticamente útiles por razones no estrictamente terapéuticas, algo que en realidad

no ocurre. Tampoco con los derivados cannábicos: se aprueban, y han sido aprobados, en tanto en cuanto muestran eficacia, aplicándoseles los mismos criterios que a cualquier otro fármaco. De hecho, están comercializados sin problemas.

Sin embargo, hay quien denomina "cannabis terapéutico" a aquellos consumos de productos sin regulación farmacéutica que proporcionan una mejora subjetiva (que puede ser real) tras su consumo, habitualmente por la vía inhalada. No solemos hablar de etanol terapéutico cuando las personas lo utilizan para paliar sus síntomas ansiosos o depresivos o para afrontar sus conflictos. Que haya fármacos útiles de una familia no implica que todos los derivados de esa familia tengan también un balance de riesgos-beneficios favorable se consuman como se consuman.

4.3.2. ¿Qué relación debe haber entre el estatus legal terapéutico y el recreativo?

Con otras sustancias como los opiáceos se considera que, en principio, la situación legal de los consumos terapéuticos y los consumos recreativos no tienen porqué estar relacionada: que el fentanilo esté ocasionando decenas de miles de muertes anuales en la calle en Estados Unidos no impide que se use diariamente en los quirófanos. Y viceversa: que el fentanilo tenga una utilidad terapéutica evidente no aporta nada a cómo debe regularse su disponibilidad en la calle.

Lo mismo sería aplicable a otros productos como los tratados en este capítulo: que determinados productos o derivados cannábicos presenten utilidad terapéutica no aporta nada a cómo debe regularse su uso en otros contextos. Es más, si por las circunstancias que fueran, en el futuro estos productos dejaran de usarse terapéuticamente por nuevos desarrollos de otros fármacos, esto tampoco implicaría que debería cambiarse la regulación de los consumos recreativos.

4.4. ESTRATEGIAS DE PUBLICIDAD, PROMOCIÓN, PATROCINIO

Otra estrategia clave para atraer nuevos consumidores es la difusión de información engañosa o falsa y la realización de publicidad sobre productos relacionados con el cannabis a través de los medios de comunicación masiva, incluyendo Internet, redes sociales y publicaciones especializadas. El cine, la televisión, las plataformas como *Netflix* y *HBO*, los videojuegos y, especialmente, los *influencers*, juegan un papel fundamental como intermediarios. Isorna y Villanueva (2022) identificaron 18 series o documentales, 7 videojuegos y 10 *influencers* que promovían una imagen positiva y exitosa del cultivo, consumo y venta de cannabis, difundiendo información falsa sobre sus supuestos beneficios medicinales.

Existe una gran variedad de noticias y publicaciones que ensalzan los potenciales beneficios del cannabis, incluso dotándolo de atributos curativos que no han sido demostrados (como curar el cáncer). Todo esto contribuye a la percepción de que una sustancia que supuestamente "cura" muchas enfermedades no puede ser dañina (Pascual et al., 2020).

Además, utilizan el patrocinio de eventos como ferias, festivales musicales, conciertos y la venta de productos promocionales son parte de las estrategias de marketing y publicidad de esta industria para atraer y mantener a los clientes. De hecho, existe numeroso material de *merchandising*, que incluye desde ropa a toda serie de productos de uso cotidiano con el símbolo del cannabis.

5. ESTRATEGIAS DE CONTROL FRENTE AL *BIG CANNABIS*

Para conseguir controlar las estrategias de esta industria (Big Cannabis) se deberían implantar las medidas eficaces que ya han demostrado eficacia en tabaco y alcohol (por la similitud entre el comportamiento de estas sustancias). Becoña (2021) recopila una serie de medidas de prevención ambiental que deberíamos aplicar para contrarrestar sus acciones:

1) Relacionadas con la publicidad del cannabis

- Regular la publicidad en las revistas pro-cannabis y restringir la publicidad o promoción en cualquier medio de comunicación.
- Regular más estrictamente la venta en establecimientos de venta de semillas, smart shops, y aquellos productos que llevan a obtener sustancias psicoactivas.
- Regular la publicidad del cannabis en Internet, redes sociales, así como su venta y promoción.
- Eliminar la publicidad directa e indirecta del cannabis.

- Regular administrativa o legislativamente un modo ágil de cerrar páginas que hacen apología del consumo recreativo o comercial del cannabis.

- Regular los clubs cannábicos en lo que se refiere a su publicidad, cartelería externa, y cualquier otro aspecto que incrementa su difusión y uso.

2) Medidas en relación con la venta y al tráfico de cannabis

- Perseguir el tráfico de cannabis a media escala y el narcotráfico.

- Localizar y eliminar los cultivos ilegales de cannabis.

- Localizar puntos de venta de cannabis y erradicarlos.

- Aplicación de sanciones administrativas, legales y otras al consumo en vía pública.

- Controlar el tráfico de cannabis a través de Internet y de mensajería.

- Mayor control del tráfico y consumo de cannabis en acontecimientos masivos (control de su venta, cacheos aleatorios, etc.).

- Control del blanqueo de capitales por la venta y tráfico de cannabis.

- Mayor presencia policial en lugares con alto consumo de cannabis por su poder disuasorio.

- Control de los locales nocturnos en los que hay constancia de que hay en ellos consumo de cannabis.

3) Medidas legales para mejorar las acciones destinadas a reducir el consumo

- Hacer conocer a la población las normas legales en vigor que regulan y penalizan el consumo de drogas, como el cannabis, el tráfico de cannabis y, sobre todo, donde está el límite entre el consumo personal legal e ilegal.

- Controlar la venta de cannabis en torno a las escuelas e institutos e incrementar las sanciones penales en estos casos a los traficantes.
- Controlar la venta de cannabis en lugares de diversión e incrementar las sanciones.
- Controlar sistemáticamente la venta de cannabis en raves, discotecas y otros lugares de diversión.
- Mejorar la aplicación de las normas y medidas legales en vigor.

4) Medidas en relación al ocio y diversión para reducir el consumo de cannabis

- Mayor vigilancia y control sobre el consumo de cannabis en los lugares de diversión donde se consume el mismo.
- Favorecer y potenciar una diversión sana sin alcohol ni drogas.
- Potenciar programas de ocio alternativo eficaces.
- Favorecer lugares de diversión para los jóvenes donde sea más difícil, o no sea viable, consumir cannabis.
- Regular las fiestas de adolescentes.

5) Medidas a aplicar en escuelas e institutos para reducir su inicio y su consumo

- Controles del consumo y del tráfico de cannabis y otras drogas en el centro.
- Política de todo el centro escolar de tener un centro escolar saludable.
- Educación de los profesores sobre el cannabis y otras drogas.
- Aplicar sistemáticamente programas preventivos, eficaces.

6) Medidas informativas para poner en práctica en relación con el consumo

- Conocimiento de la normativa en vigor sobre el cannabis y su consumo.
- Campañas anti-cannabis que incrementen la información, la educación y la concienciación de la población sobre las consecuencias negativas que tiene el consumo de cannabis (con estrategias de Marketing social *e influencer* que capten la atención de población juvenil).
- Incidir en las consecuencias negativas del consumo de cannabis en la salud, diferenciando lo que es el cannabis fumado de lo que son los derivados del cannabis para su uso terapéutico (medicamento).
- Difusión de información general sobre el cannabis, desde la perspectiva sanitaria, en los medios de comunicación y en las redes sociales.
- Campañas para desnormalizar el consumo de cannabis.
- Hacer frente a la contra-prevención, contra-información y banalización del consumo así como desenmascarar a los grupos pro-cannabis y sus intereses.

7) Desde el punto de vista preventivo deben aplicarse a estos consumos de cannabis.

- Programas preventivos escolares, familiares, comunitarios, basados en buenas prácticas.
- Programas para jóvenes consumidores de cannabis, para padres consumidores y para padres de hijos consumidores de cannabis.
- Muchas de estas medidas están centradas en frenar las *fake news* o falsas noticias en torno a los riesgos y beneficios del cannabis, mediante medios de información, sensibilización y capacitación tanto de la población como de agentes de salud de la comunidad.
- Por otra parte, se requieren medidas legislativas que prohíba expresamente las estrategias de publicidad, promoción y patrocinio de todo tipo de eventos, investigaciones, partidos políticos, etc., para reducir las actividades de *lobbying* y las políticas de puertas giratorias.

6. CANNABIS COMO DCS

El consumo de cannabis supone un problema y un reto para la salud pública casi comparable al producido por el consumo de alcohol. El consumo de cannabis es ilegal, pero está ampliamente normalizado, especialmente a causa de la "cultura procannábica" impulsada por grupos de afines a la industria cannábica.

La promoción industrial de productos derivados del cannabis no tiene por qué ser considerada como un DCS en el caso de la industria del cáñamo o en el de productos que no ejercen afectos psicoactivos. La cuestión cambia cuando, directa o indirectamente, se promocionan derivados cannábicos con propiedades psicoactivas con efectos potencialmente deletéreos. De hecho, es considerado como tal en diversos artículos que hacen relación a Canadá (Government of Canada, 2023), donde está permitido el consumo recreativo, dado que sus estrategias son similares (Grundy et al., 2023; Wakefield et al., 2022; Zenone et al., 2021). En España, sin estar comercializado, los consumos están muy normalizados en una parte de la sociedad y las estrategias de quienes los promocionan son similares a las de otros DCS.

Esas estrategias, descritas en este capítulo, han dado lugar a una mayor aceptación social de los derivados del cannabis, y a un incremento exponencial de productos puestos en el mercado, lo cual aumenta también la exposición, normalización de uso y mejora la aceptación de nuevo. En palabras de Isorna y Villanueva (2022) se ha usado la utilidad terapéutica como "caballo de troya", para expandir la normalización del producto y captación de nuevos usuarios.

REFERENCIAS

Adams, P. J., Rychert, M., y Wilkins, C. (2021). Policy influence and the legalized cannabis industry: learnings from other addictive consumption industries. *Addiction, 116(11)*, 2939-2946. https://doi.org/10.1111/add.15483

APNEWS (2018). *Compañías tratan de borrar estereotipo del "marihuanero".* https://apnews.com/general-news-b8765d9d7a244ec8b8b17e6618bc8125

Becoña, E. (2021). *La Prevención Ambiental en el Consumo de Drogas. ¿Qué medidas podemos aplicar?.* Ministerio de Sanidad. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2021_PrevencionAmbientalDrogas.pdf

Bidwell, L. C., Martin-Willett, R., y Karoly, H. C. (2021). Advancing the science on cannabis concentrates and behavioural health. *Drug Alcohol Review, 40*(6), 900-913. https://doi.org/10.1111/dar.13281

Brik, M., Sandonis, M., Hernández-Fleury, A., Gil, J., Mota, M., Barranco, F. J., Garcia, I., Maiz, N., y Carreras, E. (2024). Cannabis exposure during pregnancy and perinatal outcomes: A cohort study. *Acta Obstet Gynecol Scand, 19*. https://doi.org/10.1111/aogs.14818

Calafat, A., Juan, M., Becoña, E., Fernández, C., Gil, E., y Llopis, J. (2000). Estrategias y organización de la cultura pro-cannabis. *Adicciones, 12*(5), 231-273. https://doi.org/10.20882/adicciones.683

Centre for Disease Control and Prevention (CDC) (2023). *Efectos de la marihuana en la salud*. https://www.cdc.gov/marijuana/health-effects/es/index.html

Coelho, M. P., Duarte, P., Calado, M., Almeida, A. J., Reis, C. P., y Gaspar, M. M. (2023). The current role of cannabis and cannabinoids in health: A comprehensive review of their therapeutic potential. *Life sciences*, *329*, 121838. https://doi.org/10.1016/j.lfs.2023.121838

Dana Agronomics (2020). *Mercado del cannabis medicinal europeo*. https://danaagronomics.com/mercado-del-cannabis-medicinal-europa-2019/

Dawson, D., Stjepanović, D., Lorenzetti, V., Cheung, C., Hall, W., y Leung, J. (2024). The prevalence of cannabis use disorders in people who use medicinal cannabis: A systematic review and meta-analysis. *Drug and alcohol dependence*, *257*, 111263. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2024.111263

Drugs and Lactation Database (LactMed®) [Internet]. (2024). Bethesda (MD): National Institute of Child Health and Human Development Cannabis. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/books/NBK501587/

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA) (2023). *European Drug Report 2023: Trends and Developments*. https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023_en

Food and Drug Administration (FDA) (2024). Lo que necesita saber (y lo que estamos intentando averiguar) sobre los productos que contienen cannabis o compuestos derivados de él, incluyendo el CDB. https://www.fda.gov/consumers/articulos-para-el-consumidor-en-espanol/lo-que-necesita-saber-y-lo-que-estamos-intentando-averiguar-sobre-los-productos-que-contienen

Gilmore, A. B., Fabbri, A., Baum, F., Bertscher, A., Bondy, K., Chang, H. J., Demaio, S., Erzse, A., Freudenberg, N., Friel, S., Hofman, K. J., Johns, P., Abdool Karim, S., Lacy-Nichols, J., de Carvalho, C. M. P., Marten, R., McKee, M., Petticrew, M., Robertson, L., Tangcharoensathien, V., … Thow, A. M. (2023). Defining and conceptualising the commercial determinants of health. *Lancet*, *401*(10383), 1194–1213. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00013-2

Gloss, D. (2015). An Overview of Products and Bias in Research. *Neurotherapeutics, 12*(4), 731-4. https://doi.org/10.1007/s13311-015-0370-x

Goodman, S., Leos-Toro, C. y Hammond, D. (2022). Do mandatory health warning labels on consumer products increase recall of the health risks of cannabis? *Substance Use & Misuse,57*(4), 569-580. https://doi.org/10.1080/10826084.2021.2023186

Government of Canada (2023). *Canadian cannabis survey 2023: Summary*. https://www.canada.ca/en/health-canada/services/drugs-medication/cannabis/research-data/canadian-cannabis-survey-2023-summary.html

Greenfield, T. K., Tam, C. C., y Kerr, W. C. (2024). Secondhand harms from cannabis use: Findings from Washington State, United States. *Journal Studies Alcohol Drugs, 25*. https://doi.org/10.15288/jsad.23-00342

Grundy, Q., Imahori, D., Mahajan, S., Garner, G., Timothy, R., Sud, A., Soklaridis, S., y Buchman, D. Z. (2023). Cannabis companies and the sponsorship of scientific research: A cross-sectional Canadian case study. *PloS one*, *18*(1), e0280110. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280110

Huỳnh, C., Beaulieu-Thibodeau, A., Fallu, J. S., Bergeron, J., Jacques, A., y Brochu, S. (2024). Factors related to the low-risk perception of driving after cannabis use. *Accident analysis and prevention*, *202*, 107584. https://doi.org/10.1016/j.aap.2024.107584

Isorna, M., Burillo-Putze, G., y Villanueva-Blasco, J. (2023). Captura corporativa, fake news procannabis y posición de los consumidores ante su regulación. *Global Health Promotion, 30*(1), 95-104. https://doi.org/10.1177/17579759221107604

Isorna, M., Rial Boubeta, A., y Villanueva-Blasco, V. J. (2022). *Captura corporativa de la salud pública por parte de la industria del cannabis. Una Aproximación al Panorama Actual Del Consumo de Cannabis En España.* Dykinson.

Isorna, M., y Villanueva-Blasco, V. J. (2022). Visibility of rebranding and corporate capture strategies of public health by the cannabis industry. *Revista Española de Drogodependencias, 47*(4), 17–36. https://doi.org/10.54108/10026

Isorna, M. (2022). *Anatomía de un Porro. Curso ÉVICT ONLINE SOBRE EL "NUDO" CANNABIS-TABACO 2022*. Comité Nacional Para la Prevención del Tabaquismo.

Kickbusch, I., Allen, L., y Franz, C. (2016). The commercial determinants of health. Lancet Global Health, 4(12), e895-e896. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30217-0

Legare, C. A., Raup-Konsavage, W. M., y Vrana, K. E. (2022). Therapeutic Potential of Cannabis, Cannabidiol, and Cannabinoid-Based Pharmaceuticals. *Pharmacology*, *107*(3-4), 131–149. https://doi.org/10.1159/000521683

Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana. BOE núm. 77, de 31/03/2015. BOE-A-2015-3442. Recuperado de https://www.boe.es/eli/es/lo/2015/03/30/4/con

MacCallum, C. A., Lo, L. A., Pistawka, C. A., Christiansen, A., y Boivin, M. (2024). Cannabis vaporisation: Understanding products, devices and risks. *Drug and alcohol review*, *43*(3), 732–745. https://doi.org/10.1111/dar.13800

MJBizDaily (2024). *An overview of cannabis legalization around the world.* https://mjbizdaily.com/international-countries-to-watch-report/

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) (2022a). *Monografía Cannabis 2022. Consumo y consecuencias*. Ministerio de Sanidad. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2022_OEDA_Monografia_Cannabis.pdf

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2022b). *Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Ministerio de Sanidad. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2023OEDA-INFORME.pdf

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) (2023). La Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España, ESTUDES. Ministerio de Sanidad. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_ESTUDES.htm

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2020). *Un Commission on Narcotic Drugs reclassifies cannabis to recognize its therapeutic uses.* https://www.who.int/news/item/04-12-2020-un-commission-on-narcotic-drugs-reclassifies-cannabis-to-recognize-its-therapeutic-uses

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2024). *Cannabis. Alcohol, Drugs and Addictive Behaviours Unit.* https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/alcohol-drugs-and-addictive-behaviours/drugs-psychoactive/cannabis

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2024). *Abuso de sustancias*. Organización Panamericana de la Salud. https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias

Pascual, F., Isorna, M., Carvalho, N., Carvalho, F., y Arias, F. (2020). Cannabis terapéutico y COVID-19: entre el oportunismo y la infoxicación. *Adicciones, 32*(3), 167-172. https://doi.org/10.20882/adicciones.32.3

Rotering, T., Bialous, S., y Apollonio, D. (2023). Cannabis industry campaign expenditures in Colorado, 2005-2021. *International Journal of Drug Policy, 119*, 104156. https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2023.104156

Royo-Bordonada, M. (2019). Captura corporativa de la salud pública. *Revista De Bioética Y Derecho, 45,* 25-41. https://doi.org/10.1344/rbd2019.0.27783

Servimedia (2021). *El Plan Nacional sobre Drogas se muestra "bastante preocupado" por la "banalización" de los "riesgos" del cannabis*. https://www.servimedia.es/noticias/1937125

Testai, F. D., Gorelick, P. B., Aparicio, H. J., Filbey, F. M., Gonzalez, R., Gottesman, R. F., Melis, M., Piano, M. R., Rubino, T., Song, S. Y., y American Heart Association Stroke Brain Health Science Subcommittee of the Stroke Council; Council on Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing; Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health; and Council on Peripheral Vascular Disease (2022). Use of Marijuana: Effect on Brain Health: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Stroke, 53*(4), e176–e187. https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000396

Think Global Health (2024). *What Big cannabis can learn from Big Tobacco.* https://www.thinkglobalhealth.org/article/what-big-cannabis-can-learn-big-tobacco

Urits, I., Charipova, K., Gress, K., Li, N., Berger, A. A., Cornett, E. M., Kassem, H., Ngo, A. L., Kaye, A. D., y Viswanath, O. (2021). Adverse Effects of Recreational and Medical Cannabis. *Psychopharmacology bulletin*, *51*(1), 94–109.

Wakefield, T., Glantz, S. A., y Apollonio, D. E. (2022). Content Analysis of the Corporate Social Responsibility Practices of 9 Major Cannabis Companies in Canada and the US. *JAMA Network Open, 5*(8), e2228088. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2022.28088

Wardell, J. D., Coelho, S. G., Farrelly, K. N., Fox, N., Cunningham, J. A., O'Connor, R. M., y Hendershot, C. S. (2024). Interactive effects of alcohol and cannabis quantities in the prediction of same-day negative consequences among young adults. *Alcohol, clinical & experimental research*, *48*(5), 967–979. https://doi.org/10.1111/acer.15309

West, M.L.,y Sharif, S. (2023a). Cannabis and Psychosis. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 32*(1), 69-83. https://doi.org/10.1016/j.chc.2022.07.004

West, M.L., y Sharif, S. (2023b). Cannabis and Psychosis. *Psychiatric Clinics of North America, 46*(4), 703-717. https://doi.org/10.1016/j.psc.2023.03.006

Zabala, J., Esteban, A., Lozano-Polo, A., Saltó, E., Suelves, J. M., y Roca, X. (2021). *Material Curso ÉVICT Online sobre el Nudo Cannabis- Tabaco*. Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo.

Zenone, M. A., Snyder, J., y Crooks, V. (2021).Selling cannabidiol products in Canada: A framing analysis of advertising claims by online retailers. *BMC Public Health, 1*;21(1), 1285. https://doi.org/10.1186/s12889-021-11282-x

6

6 OXICODONA Y EPIDEMIA DE OPIÁCEOS

Carmen Martínez-Cué

IDEAS CLAVE

1. Las prácticas predatorias de la compañía farmacéutica *Purdue Pharma* dio lugar a una sobreprescripción de opioides, que fue el principal desencadenante de la epidemia de opioides en Estados Unidos.

2. *Purdue Pharma* realizó un marketing extremadamente agresivo de su fármaco oxicodona (*OxyContin®*), dirigido tanto a profesionales de la salud como a pacientes. En él utilizó las mismas técnicas de desinformación, publicidad engañosa, utilización de falsos expertos, culpabilización de los usuarios, utilización del producto para otras indicaciones y minimización de las consecuencias del uso de este fármaco que las usadas por las compañías tabaqueras, de bebidas alcohólicas o de juego.

3. Cuando el problema alcanzó dimensiones epidémicas se empezaron a llevar a cabo diversas políticas regulatorias que redujeron la prescripción de este fármaco. Esto hizo que muchas personas que habían desarrollado un trastorno de dependencia empezaran a consumir otros opioides ilegales, como la heroína o el fentanilo. Las consecuencias fueron las contrarias a las deseadas al implementar estas políticas ya que, en lugar de disminuir, el número de muertes por sobredosis se cuadriplicó.

4. Este caso pone en relevancia cuestiones acerca de la responsabilidad de la industria y la regulación gubernamental para la producción, marketing y venta de productos farmacéuticos que, por buscar unos mayores beneficios económicos para unos pocos particulares, acaban dañando gravemente la salud poblacional.

1. INTRODUCCIÓN

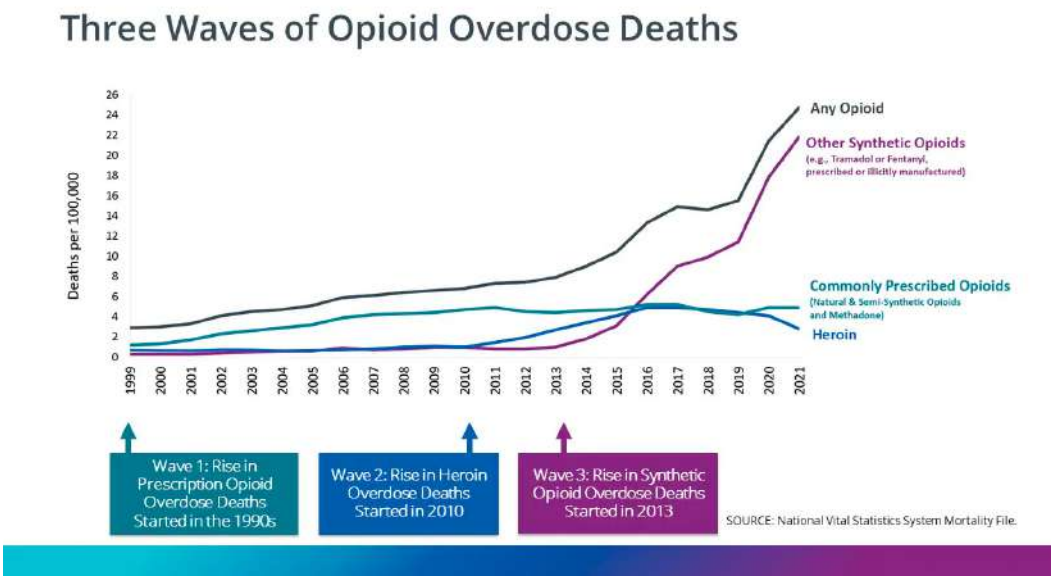
La crisis o epidemia de opioides que sufre Estados Unidos se originó por el rápido aumento en el uso excesivo, mal uso o abuso de una nueva formulación del opioide semisintético oxicodona, vendida como *OxyContin®*. Diversos factores médicos, farmacológicos, económicos, sociales, culturales y regulatorios tuvieron un importante papel en esta crisis. Este capítulo resume las prácticas predatorias de la compañía farmacéutica *Purdue Pharma* que comercializó *OxyContin®* a través de un *marketing* agresivo con informaciones engañosas en el etiquetado del producto, publicidad desequilibrada e intentando evitar una adecuada regulación.

En 1996, *Purdue Pharma* desarrolló y sacó al mercado *OxyContin®*, una versión de liberación retardada (12 horas de duración) de oxicodona. En el año 2000, *OxyContin®* era el opioide más recetado en Estados Unidos (Van Zee, 2009). Este éxito comercial fue en parte debido a sus estrategias de *marketing*, que incluían ventas fuera de indicación, promovía cuestionables beneficios únicos del producto y minimizaba sus peligros reales.

Lo que empezó siendo una prescripción excesiva de oxicodona, con los problemas de su consumo y sin dejar de existir éstos, se transformó en pocos años primero en una epidemia de consumo de heroína y, poco después, del derivado sintético fentanilo (Figura 1).

Según los datos del CDC (Centers for Diseases Control and Prevention, 2024), más de 1 millón de personas han muerto desde 1999 por sobredosis de drogas. Más del 75 % de las muertes por sobredosis de drogas en 2021 involucraron un opioide, en concreto más de 80.000 personas en 2021; casi el 88% de esas muertes involucraron opioides sintéticos. El número de muertes por sobredosis de opioides, incluidos los opioides recetados, heroína y opioides sintéticos en 2021 fue 10 veces mayor que en 1999, antes de la comercialización del *OxyContin®*. También en 2021 se estimaba que 2,5 millones de las personas mayores de 18 años en los Estados Unidos habían padecido un trastorno por consumo de opioides durante el año anterior, pero sólo 1 de cada 5 de estas personas (el 22 %) recibió medicamentos para tratarlo, existiendo una gran desigualdad social en la posibilidad de recibir medicamentos para el trastorno por consumo de opioides (Jones et al., 2024).

Figura 1. Las 3 olas de muertes por sobredosis de opioides en Estados Unidos: 1) de opioides de prescripción; 2) de heroína; 3) de fentanilo (y otros opioides sintéticos)



Fuente: https://www.cdc.gov/opioids/basics/epidemic.html.

2. FACTORES IMPLICADOS EN LA GÉNESIS, ESTABLECIMIENTO Y AGRAVAMIENTO DE LA CRISIS DE OPIOIDES

2.1. PRÁCTICAS DE MARKETING QUE PROMOVIERON LA VENTA DEL PRODUCTO

Purdue Pharma llevó a cabo una serie de prácticas de *marketing* agresivas (Egilman et al., 2019) muy similares a las utilizadas por las industrias del tabaco o del alcohol.

La campaña de promoción y *marketing* de *OxyContin®* iba dirigida tanto a profesionales de la salud como a los propios pacientes. Esta campaña estaba basada en afirmaciones científicamente no válidas o no demostradas sobre la seguridad y eficacia del fármaco y en una promoción inadecuada para otras indicaciones.

En primer lugar, *Purdue Pharma* preparó el terreno utilizando una táctica muy común: afirmando que había un problema de salud sin resolver y que su producto lo podría abordar. La Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyó en 1977 los fármacos agonistas opioides como medicamentos esenciales para que el paciente estuviera totalmente libre de dolor (OMS, 1990). Tanto la OMS como la *International Association for the Study of Pain* (ASP), sostienen lógicamente que el manejo adecuado del dolor es un derecho humano fundamental (Brennan et al., 2007). En este contexto, *Purdue Pharma* argumentó que había un gran número de pacientes con dolor moderado-severo no oncológico que no recibían tratamiento, al que tenían derecho. Consecuentemente, promocionó el uso de *OxyContin®* para el tratamiento del dolor no oncológico incluyendo dolores musculoesqueléticos, la osteoartritis o el dolor neuropático (Van Zee, 2009). Sin embargo, no hay evidencia científica de que los opioides tengan más eficacia que otros analgésicos para reducir este tipo de dolor (Ballantyne, 2016).

2.2. LA INDUSTRIA USA LA CIENCIA E INFLUYE SOBRE LA OPINIÓN DE PROFESIONALES DE LA SALUD Y LOS CONSUMIDORES

Para promocionar su fármaco *Purdue Pharma* organizó múltiples conferencias sobre manejo del dolor dirigidas a miles de profesionales de la *Medicina, Farmacia y Enfermería*. También reclutó a "expertos", científicos y/o líderes de opinión en su área a quienes pagaba directamente, o financiaba sus investigaciones, para que difundieran informaciones inexactas o falsas (*misleading*) sobre OxyContin® en revistas de adicciones y de medicina general (Egilman et al., 2019). En sus campañas de promoción cambiaron las conclusiones de varios estudios en los que se analizaba la capacidad de los opioides de producir adicción, para que se adecuaran a su particular discurso de la seguridad de estos fármacos. También omitió informar a los médicos sobre aquellos estudios que en los que se encontraba altos niveles de adicción en pacientes con dolor crónico (Egilman et al., 2019).

La campaña de *marketing* dirigida a médicos y a quienes tenían poder prescriptor incluía el control de las recetas que emitían, envío de artículos científicos sesgados, de folletos y artículos promocionales y visitas a sus oficinas en las que se les pedía que recetaran *OxyContin®* (Van Zee, 2009).

Dado que la publicidad farmacéutica al consumidor está permitida en Estados Unidos, *Purdue Pharma* también dirigió su campaña directamente a la población general a través de folletos en las consultas médicas, farmacias, anuncios en televisión, revistas, periódicos, internet, vallas publicitarias, etc. (Severino et al., 2018).

Se les aseguraba que *OxyContin®* solo producía adicción si se consumía con fines recreativos y no cuando se administraba como analgésico, a pesar de que la evidencia científica muestra que, independientemente del motivo de la ingesta, tras el consumo regular de opioides puede desarrollarse un trastorno adictivo. *Purdue Pharma* les recordaba que, como pacientes, tenían el derecho a no sufrir dolor, lo que hacía que reclamaran recetas de opioides a su profesional sanitario de referencia y, si no conseguían la prescripción por objeciones profesionales, cambiaran a otro médico que no las tuviera. Estas estrategias convencieron a una gran parte de la población general de la eficacia y seguridad de OxyContin® (Severino et al., 2018).

A nivel comercial esta estrategia resultó tremendamente exitosa y las ventas de *OxyContin®* subieron de 48 millones de dólares en 1996 a 1.100 millones en 2000 (Van Zee, 2009). En estos años se registró un dramático incremento en el número de muertes por sobredosis de *OxyContin®* (Paulozzi et al., 2006).

2.3. PRÁCTICAS PREDATORIAS: FALSAS AFIRMACIONES ENCAMINADAS A MINIMIZAR LOS RIESGOS

La afirmación de *Purdue Pharma* de que la capacidad adictiva de *OxyContin®* es mínima es falsa:

- por un lado, cualquier formulación de oxicodona tiene mayor poder adictivo que otros opioides debido a sus propiedades intrínsecas euforizantes y reforzadoras (Remillard et al., 2019);

- por otro lado, *Purdue Pharma* aseguraba que la preparación de liberación retardada evitaba este riesgo de adicción; sin embargo, se ha comprobado que a este respecto las formulaciones de liberación retardada no tienen mejores perfiles de seguridad que otras formulaciones (Rischitelli y Karbowicz, 2002);

- además, la formulación de *OxyContin®* es bifásica: tiene una primera fase de rápido comienzo y luego una fase de acción prolongada. Dado que la velocidad de absorción influye en el potencial reforzador o de adicción, este comienzo rápido de acción incrementa la probabilidad de adicción.

La creencia de estas falsas afirmaciones de *Purdue Pharma* generó altas dosis de prescripción de *OxyContin®*, seguido de su abuso como analgésico y, posteriormente, desviación de la prescripción para otros usos (Severino et al., 2018).

La recomendación de dosis -no muy bien fundada- también contribuyó al mayor abuso de *OxyContin®*. Se había comercializado para ser administrado cada 12 horas; sin embargo, se ha comprobado que hay pacientes en quienes la duración del efecto analgésico es mucho menor. Esto dio lugar a que bastantes personas tomaran la medicación más frecuentemente, bien para tratar el dolor o bien para evitar los síntomas de abstinencia (Egilman et al., 2019).

Dado que la protección de la patente de *Purdue Pharma* se basaba en su pretendido efecto de 12 horas, en lugar de recomendar variar la frecuencia de administración, se aconsejó que se duplicaran la dosis cada 12 horas en quienes presentaban mucho dolor. Aumentar la dosis no soluciona el problema, sino que incrementa la probabilidad de desarrollo de tolerancia, los subsecuentes síntomas de abstinencia, así como un trastorno adictivo (Egilman et al., 2019). *Purdue Pharma* afirmaba que aquellos pacientes que sufrían síndromes de abstinencia habían desarrollado "pseudoadicción" o simplemente "dependencia física", pero no propiamente adicción y siguieron recomendando elevar la dosis para evitar estos síntomas: está es la mejor manera de provocar tolerancia y sintomatología de abstinencia, así como de generar un trastorno adictivo.

Otra estrategia de desinformación que emplearon consistió en no incluir los riesgos de potencial de abuso y adicción de *OxyContin®* en el prospecto dirigido al paciente (Physicians' Desk Reference, 2001). En 2001, tras recibir numerosos informes de abuso y sobredosis, la Administración Americana de Alimentos y Medicamentos (FDA; Food and Drug Administration) solicitó a la compañía que revisara el prospecto. Como tanto la FDA como los medios de comunicación estaban muy preocupados por el uso ilícito de este fármaco, *Purdue Pharma* aprovechó esto y modificó el prospecto afirmando que, aunque el uso recreativo de *OxyContin®* podía producir adicción, esto no ocurría cuando era prescrito como analgésico.

2.4. DESVIACIÓN/DIVERSIFICACIÓN DEL USO DE LA DROGA

Otro de los factores que contribuyó al uso incontrolado de opioides fue la desviación-diversificación de la droga para otros propósitos o por otros medios. Hubo profesionales, sobre todo de la Medicina y la Farmacia, que identificaron la creciente demanda de opioides como una gran oportunidad de negocio. Empezaron a vender tanto las recetas como los opioides mismos en las llamadas "*pill mills*", instalaciones que se asemejaban a clínicas del dolor, pero que recetaban analgésicos sin realizar previamente historial médico, examen físico o un diagnóstico (Kennedy-Hendricks et al., 2016).

La preocupación por el potencial de abuso de *OxyContin®* apareció 5 años después de su aprobación, cuando parte de quienes lo usaban se dieron cuenta de que podían machacar la píldora y esnifar, masticar o inyectarse el fármaco (Egilman et al., 2019). En 2010, *Purdue Pharma* modificó la formulación de *OxyContin®* introduciendo barreras físicas y químicas para que no pudiera ser machacado pasando a ser *OxyNEO®* (ADF, *abuse deterrent formulation*). Algunos estudios determinaron que esta segunda formulación estaba asociada a un menor abuso (Cicero y Ellis, 2015), lo que produjo una breve reducción del número de muertes por sobredosis (Sessler et al., 2014). No obstante, un gran número de personas que abusaban de la formulación original de *OxyContin®* comenzaron a sustituirla al principio por heroína y posteriormente más por fentanilo, ambos obtenidos de manera ilícita (Remillard et al., 2019). Este paso del consumo de oxicodona por prescripción a la heroína y fentanilo ilegales no solo se debió a la reformulación del *OxyContin®*, sino también a la implantación de distintas medidas reguladoras.

2.5. EL PAPEL DE LAS MEDIDAS REGULADAS

Las primeras medidas tomadas para reducir las muertes por sobredosis de opioides estaban encaminadas a reducir el número de recetas de oxicodona. Para ello, a partir de 2003 se monitorizó el número de recetas que se prescribían. En 2016 se creó la "Guía para la prescripción de opioides" (Dowell et al., 2016) en la que se recomendaba que la dosis prescrita fuera la menor posible y durante el menor tiempo posible y que se evaluara el riesgo de adicción. Además, también se empezaron a cerrar las "*pill mills*".

Todos estos factores redujeron el número de personas que tenían acceso a la oxicodona, por lo que aumentó la demanda de otros opioides ilegales como la heroína y el fentanilo (Hedegaard et al., 2021). Paradójicamente, los intentos por reducir el número de muertes por sobredosis de opioides, tanto mediante la regulación de la prescripción como mediante la reformulación de *OxyContin®*, produjeron el efecto contrario y este número se cuadruplicó respecto al de antes de tomar estas medidas (Hedegaard et al., 2021).

2.6. FACTORES SOCIOCULTURALES: PRESIÓN DE LA ECONOMÍA NEOLIBERAL

Para entender la epidemia de opioides de Estados Unidos hay que tener en cuenta factores culturales como la política de las prescripciones y la adherencia a las mismas por parte de la población.

La cultura americana se basa mucho más en la meritocracia que la europea, lo que implica que toda responsabilidad para crear un efecto tiende a recaer sobre la persona individual. Esto tiene importantes consecuencias en la actitud de cada persona hacia la medicación. Para tener éxito en una cultura altamente competitiva basada en los méritos cada cual ha de responder continuamente lo mejor que pueda. Esto significa que deben luchar por eliminar cualquier factor que no les permita realizar lo máximo posible, por lo que debe librarse de cualquier tipo de dolor o limitación funcional lo antes posible.

La presión cultural y económica para dar el máximo de uno mismo "siembra" el camino a la sobreprescripción. Por un lado, esto incrementó la demanda de la población hacia los analgésicos opioides; por otro, permitió que, cuando empezó a ser evidente el abuso de *OxyContin®*, *Purdue Pharma*, apelara a la responsabilidad individual y repitiera el discurso de que solo se convertían en adictos a este fármaco aquellas personas que lo usaban por causas recreativas y no por causas médicas legítimas (Egilman et al., 2019).

2.7. FACTORES POLÍTICOS: PRÁCTICAS QUE MODULAN O SOCAVAN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA FAVORECER LOS INTERESES CORPORATIVOS

En la regulación gubernamental de la política relacionada con la salud las industrias suelen estar frecuentemente implicadas. En Estados Unidos tiende a entenderse la regulación pública como una interferencia con la libertad. Esto permite a la industria interferir en las políticas públicas regulatorias y en las preferencias de la sociedad. Varias instituciones tanto gubernamentales como científicas tuvieron un papel importante en la génesis de la crisis de opioides en Estados Unidos.

La Asociación Americana del Dolor (APS) jugó un papel fundamental en la epidemia de opioides: aconsejando su uso, se incrementaron las ventas de opioides manufacturados por compañías farmacéuticas incluyendo *Purdue Pharma*. La ASP se disolvió en 2019 tras varios juicios debido a su vinculación con estas compañías (Gourd, 2019). Por otro lado, la FDA es responsable de regular la publicidad y promoción de la prescripción, así como de las sustancias no controladas para asegurarse que tienen un efecto positivo en la salud pública. La FDA falló al proteger al público del *marketing* engañoso de este peligroso fármaco. Muchos economistas han resaltado que, a lo largo del tiempo, las agencias reguladoras acaban siendo "capturadas" por las industrias que regulan (Viscusi et al., 2000). La estrategia de *marketing* de las "puertas giratorias" que promueve que las farmacéuticas empleen a los reguladores de la FDA fue claramente explotada en el caso de OxyContin®.

3. LECCIONES DE ESTA HISTORIA

Para aumentar su beneficio económico *Purdue Pharma* socavó las autoridades reguladoras, realizó una campaña de marketing extremadamente agresiva, ocultó información y mintió a médicos y pacientes sobre los peligros de *OxyContin®*.

Ello llevó a millones de americanos a desarrollar un trastorno adictivo a los analgésicos opioides. A esta epidemia contribuyó también una negligencia administrativa gubernamental, la falta de espíritu crítico y el exceso de ánimo de lucro de parte de bastantes profesionales, y determinadas influencias culturales son también responsables.

Este conjunto de factores ha sido responsable del comienzo, establecimiento y agravamiento de la epidemia de opioides en Estados Unidos. Otros países, como Canadá, se han visto afectados, pero en menor manera.

Esta historia destaca la importancia de regular adecuadamente aquellas sustancias con potencial adictivo, así como de otros fármacos y sustancias. También hace resaltar la importancia de que, para proteger la libertad y la salud de la población, los gobiernos no claudiquen ante las presiones comerciales de los diversos intereses económicos, muchas veces más fuertes que ellos, por muy contribuyentes al bienestar general que aparentemente parezcan.

Por último, esta epidemia está también relatada en las siguientes películas o documentales:

- Dopesick: Historia de una adicción;
- Take Your Pills: Xanax;
- La belleza y el dolor;
- La gran plaga;
- El farmacéutico;
- Medicina letal.

BIBLIOGRAFÍA

Ballantyne, J. C. (2015). Opioid therapy in chronic pain. *Physical medicine and rehabilitation clinics of North America*, *26*(2), 201–218. https://doi.org/10.1016/j.pmr.2014.12.001

Brennan, F., Carr, D. B., y Cousins, M. (2007). Pain management: a fundamental human right. *Anesthesia and analgesia*, *105*(1), 205–221. https://doi.org/10.1213/01.ane.0000268145.52345.55

Centers for Diseases Control and Prevention (2023) *The Drug Overdose Epidemic: Behind the numbers.* https://www.cdc.gov/opioids/data/index.html#:~:text=The%20number%20of%20overdose%20deaths,times%20the%20number%20in%201999.&text=Overdoses%20involving%20opioids%20killed%20more,those%20deaths%20involved%20synthetic%20opioids.

Cicero, T. J., y Ellis, M. S. (2015). Abuse-Deterrent Formulations and the Prescription Opioid Abuse Epidemic in the United States: Lessons Learned From OxyContin. *JAMA psychiatry*, *72*(5), 424–430. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.3043

Dowell, D., Haegerich, T. M., y Chou, R. (2016). CDC Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain-United States, 2016. *JAMA*, *315*(15), 1624–1645. https://doi.org/10.1001/jama.2016.1464

Egilman, D. S., Collins, G. D. Y. C. B., Falender, J., Shembo, N., Keegan, C., y Tohan, S. (2019). The marketing of OxyContin®: A cautionary tale. *Indian journal of medical ethics*, *4*(3), 183–193. https://doi.org/10.20529/IJME.2019.043

Gourd, E. (2019). American Pain Society forced to close due to opioid scandal. *The Lancet. Oncology*, *20*(7), e350. https://doi.org/10.1016/S1470-2045(19)30380-8

Hedegaard, H., Miniño, A. M., Spencer, M. R., y Warner, M. (2021). Drug overdose deaths in the United States, 1999-2020. *NCHS data brief*, (426), 1–8. https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db428.pdf

Jones, C. M., Han, B., Baldwin, G. T., Einstein, E. B., y Compton, W. M. (2023). Use of medication for opioid use disorder among adults with past-year opioid use disorder in the US, 2021. *JAMA network open*, *6*(8), e2327488. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.27488

Kennedy-Hendricks, A., Richey, M., McGinty, E. E., Stuart, E. A., Barry, C. L., y Webster, D. W. (2016). Opioid overdose deaths and Florida's crackdown on pill mills. *American journal of public health*, *106*(2), 291–297. https://doi.org/10.2105/AJPH.2015.302953

Montvale, N. J., y Thompson, P. D. R. (2001). *OxyContin® Package Insert 55th*. Physicians' Desk Reference.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1990). Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee. *World Health Organization technical report series*, *804*, 1–75. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/39524/WHO_TRS_804.pdf?sequence=1yisAllowed=y

Paulozzi, L. J., Budnitz, D. S., y Xi, Y. (2006). Increasing deaths from opioid analgesics in the United States. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, *15*(9), 618–627. https://doi.org/10.1002/pds.1276

Remillard, D., Kaye, A. D., y McAnally, H. (2019). Oxycodone's Unparalleled Addictive Potential: Is it Time for a Moratorium?. *Current pain and headache reports*, *23*(2), 15. https://doi.org/10.1007/s11916-019-0751-7

Rischitelli, D. G., y Karbowicz, S. H. (2002). Safety and efficacy of controlled-release oxycodone: a systematic literature review. *Pharmacotherapy*, *22*(7), 898–904. https://doi.org/10.1592/phco.22.11.898.33628

Sessler, N. E., Downing, J. M., Kale, H., Chilcoat, H. D., Baumgartner, T. F., y Coplan, P. M. (2014). Reductions in reported deaths following the introduction of extended-release oxycodone () with an abuse-deterrent formulation. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, *23*(12), 1238–1246. https://doi.org/10.1002/pds.3658

Severino, A. L., Shadfar, A., Hakimian, J. K., Crane, O., Singh, G., Heinzerling, K., y Walwyn, W. M. (2018). Pain therapy guided by purpose and perspective in light of the opioid epidemic. *Frontiers in psychiatry*, *9*, 119. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00119

Van Zee, A. (2009). The promotion and marketing of OxyContin: commercial triumph, public health tragedy. *American journal of public health*, *99*(2), 221–227. https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.131714

Viscusi, W. K. Vernon, J. M., y Harrington, J. E. (2000). *Economics of Regulation and Antitrust*. MIT Press.

7

7 LA INDUSTRIA DE LOS JUEGOS DE AZAR Y APUESTAS

Gema Aonso-Diego y Noa Rey Torres

IDEAS CLAVE

1. La mayoría de la investigación sobre el trastorno de juego se ha realizado desde una perspectiva idiosincrásica, centrada en la responsabilidad individual. Por el contrario, la perspectiva de salud pública subraya la importancia de entender esta conducta adictiva desde una perspectiva holística, analizando también los determinantes contextuales, socioculturales, ambientales, comerciales y políticos.

2. Desde este punto de vista, cobra relevancia el estudio de la accesibilidad y disponibilidad, el impacto de la publicidad, el diseño de los sistemas y las máquinas de juego (p. ej., luces y colores, programas de reforzamiento), el papel de la industria del juego en los grupos de presión política y la financiación de estudios por parte de la industria.

3. Conocer las tácticas de la industria y su relación con la conducta de los juegos de azar y apuestas nos permite desarrollar medidas de control y prevención dirigidas a mitigar el impacto del juego en la salud de la población y su entorno.

4. Se deben llevar a cabo distintas medidas de salud pública como medidas de reducción de la disponibilidad (p. ej., reducción número de locales) y accesibilidad (p. ej., restricción edad mínima), regulación de las apuestas y los premios, restricción de la publicidad, patrocinio y promoción de sus productos, medidas de reducción de daños (p. ej., mensajes de alerta, precio máximo por apuesta), y estrategias de prevención (p. ej., programas de prevención escolar) e intervención (p. ej., detección temprana, autoprohibición).

La investigación sobre los determinantes comerciales de la salud (DCS) se ha dirigido predominantemente hacia las industrias del tabaco, alcohol y alimentación. Este enfoque ha sido crucial para entender cómo dichas industrias inciden en las decisiones y comportamientos individuales en relación con la salud. Sin embargo, el papel que desempeña la industria del juego, tanto de azar y apuestas está menos estudiado, por lo que resulta ineludible analizar previamente los posibles efectos significativos que estas conductas pueden tener en la salud y en la calidad de vida de la población.

1. JUEGO DE APUESTAS

1.1. EL JUEGO DE APUESTAS COMO CONDUCTA ADICTIVA

El juego (de azar y de apuestas) es una actividad social extendida en todo el mundo, en la cual quienes participan arriesgan dinero u otros valores en un evento o actividad con un resultado incierto, con la esperanza de obtener ganancias. En España, tras la regulación de 1977, ha habido un incremento exponencial de los lugares de juego, del gasto en juego, mayores problemas ocasionados a las personas y la aparición del trastorno por juego, pero también una gran cantidad de recaudación de impuestos para la hacienda pública (Becoña, 2022).

Aunque para muchas personas el juego puede ser una forma de entretenimiento, es crucial comprender los riesgos asociados a esta actividad. La evidencia científica concluye que existe una elevada coocurrencia del trastorno de juego y otros problemas psicológicos, tales como la sintomatología depresiva, ansiedad e insomnio (Allami et al., 2021; Dowling et al., 2015; Williams et al., 2021). También se han relacionado con el juego de apuestas otras conductas adictivas como una elevada dependencia a la nicotina, un alto consumo de alcohol, de cannabis, y de otras drogas ilegales (como cocaína o heroína), así como un uso problemático de Internet (Allami et al., 2021; Bonnaire et al., 2017; Williams et al., 2021). Sin embargo, el juego no solo tiene un impacto en la salud física y mental de las personas jugadoras, sino que también un importante impacto social (Hofmarcher et al., 2020), ya que también afecta a las relaciones personales y familiares (Livazović y Bojčić, 2019; Riley et al., 2021), al rendimiento académico (Vitaro et al., 2018), y puede tener graves consecuencias financieras (Muggleton et al., 2021).

Según los datos epidemiológicos del Plan Nacional sobre Drogas de España (PNSD) la participación en el último año alcanza el 58,1% en la población general (60,4% de los hombres y 55,7% de las mujeres) y el 21,5% entre los adolescentes (29,4% de los hombres y 13,3% de las mujeres) (PNSD, 2023). De todas las personas que han jugado en el último año, el 3% mostraría un posible trastorno de juego (1,7% de la población). A nivel europeo, los metaanálisis sobre el trastorno de juego indican tasas de prevalencia heterogéneas que oscilan entre el 0,1% y el 3,4% (Calado y Griffiths, 2016), y entre el 0% y el 4,7% en todo el mundo (Gabellini et al., 2023).

Cabe mencionar que las estimaciones de la prevalencia de diagnóstico de trastorno de juego no son un indicador idóneo del impacto del juego sobre la salud poblacional, ya que las repercusiones del juego de apuestas no se limitan exclusivamente a aquellos que sufren un trastorno de juego; de hecho, la mayor parte del impacto social proviene de las personas jugadoras que presentan un riesgo bajo o moderado (Browne et al., 2016).

1.2. EL JUEGO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA

Tradicionalmente, el juego ha sido analizado y estudiado desde un modelo idiosincrásico, esto es, centrado en el estudio de variables individuales para explicar el mecanismo subyacente de la conducta y del trastorno de juego. En esta línea, se han examinado las características sociodemográficas (p. ej., edad, clase social), los factores psicológicos (p. ej., impulsividad, autoestima), los sesgos cognitivos (p. ej., la ilusión de control), o aspectos relacionados con el juego (p. ej., modalidad, tipo de juego) (Allami et al., 2021; Williams et al., 2021).

Este enfoque individualista presenta importantes consecuencias personales. Las personas jugadoras interiorizan el mensaje de que los problemas relacionados con el juego, tanto a nivel personal como social, se deben a la responsabilidad individual, lo que tiene un impacto en el estigma social asociado al juego. Esto es especialmente relevante porque el estigma es uno de los obstáculos para el reconocimiento de un problema y la búsqueda de ayuda (Mills et al., 2023).

Sin embargo, las investigaciones recientes señalan que la comprensión del juego debe realizarse desde una perspectiva más amplia, analizando también los determinantes contextuales, socioculturales, ambientales, comerciales y políticos, que pueden contribuir al desarrollo del juego problemático (de Lacy-Vawdon et al., 2023; Thomas et al., 2016).

2. DETERMINANTES COMERCIALES DE LA SALUD

Cada vez es más evidente que la participación en juegos de apuestas constituye una amenaza para la salud pública, impulsada y promovida por poderosos intereses de la industria del juego, lo que conocemos como DCS. Es ampliamente conocido que la industria del juego realiza grandes esfuerzos para influir tanto en los factores situacionales (p. ej., la oferta y comercialización de productos de juego) como en los factores estructurales (p. ej., los propios productos) con el fin de atraer a las personas y mantenerlas en el juego una vez que empiezan.

Es fundamental contextualizar la industria del juego haciendo referencia a las ganancias derivadas de las actividades de juego de apuestas. Según los datos de la Dirección General de Ordenación del Juego del 2023 en España, la ganancia bruta de los operadores de juego (i.e., *gross gaming revenue*; GGR) fue de 1.236 millones de euros. Este dato es el mayor de la serie histórica, y ha crecido un 45,37% desde el 2020 y un 440% desde 2013 (Dirección General de Ordenación del Juego, 2023).

En España, la industria del juego manifiesta una preocupación dirigida hacia la expansión de sus ofertas de juego, mostrando una actitud indiferente ante la posibilidad de que el juego pueda volverse problemático y generar consecuencias graves. A su vez, este sector se ha consolidado como un componente esencial de la economía, generando numerosos puestos de trabajo e ingresos fiscales tanto para el gobierno como para otras entidades públicas.

Es aquí donde entra la perspectiva del juego como DCS, la perspectiva de un problema de salud pública generado y mantenido por la actividad de una serie de industrias específicas.

3. ESTRATEGIAS Y TÁCTICAS DE LA INDUSTRIA DEL JUEGO

Bajo la perspectiva de los DCS, cobra relevancia el estudio de la accesibilidad y disponibilidad del juego, el impacto de la publicidad en la conducta de juego, el diseño de las máquinas de juego (p. ej., luces y colores, programas de reforzamiento), el

papel de la industria del juego en los grupos de presión política, y la financiación de la investigación por parte de la industria, entre otros (Cowlishaw y Thomas, 2018).

Una revisión exhaustiva de las tácticas que utiliza la industria del juego se encuentra en el estudio de Thomas et al., (2016).

3.1. ACCESIBILIDAD Y DISPONIBILIDAD

En España se ha aumentado la cantidad de locales destinados al juego. Los datos muestran que se ha aumentado ligeramente el número de casinos desde 2018 a 2022 (319 vs. 324), y de salones de juego (3.463 vs. 3.783). El local que más ha aumentado en los últimos años han sido las salas de apuestas, de 621 en el año 2018 a 928 en 2022. Con relación a las máquinas B (i.e., máquinas tragaperras), en 2022 en España había un total de 98.968 locales de hostelería con máquinas B, con un total de 143.657 máquinas, dato que se ha reducido un 12,90% con respecto al año 2021 (162.191 máquinas B) (Dirección General de Ordenación del Juego, 2023). Cabe destacar que los locales de juego se están extendiendo en todo el territorio nacional, con especial énfasis en las zonas más vulnerables (Pérez et al., 2022).

3.2. PUBLICIDAD, PROMOCIÓN Y PATROCINIO

El marketing, incluyendo la publicidad, promoción y patrocinio, es una estrategia clave en la promoción del juego. Los datos relativos a los gastos en marketing por parte de la industria del juego también son llamativamente elevados. El gasto total en marketing aumentó un 261.37% de 2013 a 2023 (de 111,45 millones de euros a 402,7 millones de euros), así como de todos los tipos de marketing, concretamente aumentó un 118% el gasto en publicidad (de 67 millones de € a 147 millones de €), un 555% el gasto en bonos (de 30 millones de € a 199 millones de €), un 328% el gasto en afiliados (de 11 millones de € a 50 millones de €) y un 175% el gasto en patrocinio (de 1,5 millones de € a 4,3 millones de €) (Dirección General de Ordenación del Juego, 2023).

La publicidad de los productos de juego ha mostrado tener un impacto en el comportamiento del juego, tanto en los aspectos subjetivos (p. ej., normalización, intención de jugar) como objetivos (p. ej., tiempo dedicado, frecuencia del juego, cantidad apostada) (Deans et al., 2017; Guillou-Landreat et al., 2021; Parrado-González y León-Jariego, 2020; Singer et al., 2022; Wardle et al., 2022). Esta relación es llamativamente mayor entre las poblaciones más vulnerables, concretamente entre los jóvenes y las personas con trastorno de juego. (Pettigrew et al., 2013; Syvertsen et al., 2022).

3.3. DISEÑO DE LAS MÁQUINAS

De forma similar, el diseño de las máquinas de juego busca optimizar la velocidad, la duración y la intensidad del juego, creando así productos que obtengan los máximos ingresos por parte de la persona jugadora, perpetuando el juego problemático y aumentando la probabilidad de desarrollar un trastorno de juego. A modo de ejemplo, cabe mencionar el diseño de las salas de juego, el diseño de las máquinas tragaperras, los "casi aciertos" (i.e., pérdidas disfrazadas de ganancias), o el uso de fichas en los casinos (Schüll, 2014).

3.4. FINANCIACIÓN DE ESTUDIOS

La financiación de estudios por parte de la industria del juego ha sido ampliamente informada en otros países (Dun-Campbell et al., 2023; van Schalkwyk et al., 2019), donde varios artículos científicos y campañas de prevención han sido financiados por la industria (Collins et al., 2020; Ladouceur et al., 2019; Livingstone et al., 2019). A modo de ejemplo, uno de los informes más conocidos relativos a la conducta de juego en España (Gómez-Yánez, 2023) es financiado por el Consejo Empresarial del Sector del Juego (CEJUEGO), una asociación empresarial que representa a la gran mayoría del sector del juego.

La industria del juego participa en la financiación de estudios y artículos científicos relativos al juego, con el objetivo de perpetuar el *statu quo*, es decir, la tendencia a resistir el cambio, la preferencia exagerada por mantener el estado actual; sin embargo, en otras ocasiones o en otros países, propugnan regulaciones más laxas. Estos artículos, financiados por la industria del juego, abogan por la importancia de la libertad de elección, del juego como forma de entretenimiento, y lo injusto que es que la industria del juego esté excesivamente regulada. Puede servir a modo de ejemplo el informe de Gómez-Yánez y Lalanda (2019), financiado por CEJUEGO, donde se indica que "como el conjunto de la sociedad española, (las personas jugadoras) saben que pueden ganar o perder. Lo habitual es perder, lo asumen. La inmensa mayoría lo racionaliza como el precio por un rato de entretenimiento y disfrutar de unas instalaciones, como la entrada a un espectáculo" (página 90).

3.5. REFORMULAR EL DEBATE PÚBLICO

La industria del juego trata de reformular el debate público para centrarlo en la responsabilidad individual en lugar de analizar holísticamente el problema. Uno de los ejemplos más evidentes de este paradigma son las campañas de "jugar bien" o "juego responsable", donde se entiende que el juego es una actividad recreativa y de entre-

tenimiento legal, y que el juego problemático es el resultado de una serie de decisiones equivocadas o de elecciones mal informadas por parte de la persona jugadora. En otras palabras, bajo el eslogan de 'juego responsable' se presenta la problemática del juego de apuestas a través del prisma del jugador problemático (y no del producto problemático), con campañas públicas sesgadas hacia la responsabilidad personal y las narrativas de búsqueda de ayuda, y argumentan que cualquier regulación legal del juego infringe la autonomía y libertad individual (Hancock y Smith, 2017).

Los estudios experimentales sobre las campañas de juego responsable suelen revelar efectos nulos, mientras que otros advierten de importantes consecuencias no deseadas (Marko et al., 2023; van Schalkwyk et al., 2022). Por el contrario, un enfoque contextual, que analiza en profundidad los DCS, sugiere que centrarse en los productos problemáticos puede ser más eficaz a la hora de provocar un cambio de conducta y, en consecuencia, tener implicaciones positivas para el estigma social. Sin embargo, este tipo de campañas educativas orientadas al producto o a la industria han tardado en aparecer en el ámbito del juego de apuestas (Marko et al., 2023).

Varios países han implementado estrategias de prevención enfocadas en la industria del juego en lugar de en la responsabilidad de la persona jugadora. Recientemente, en Australia, se sustituyeron los mensajes de "juego responsable" por mensajes de "lo más probable es que estés a punto de perder" ("*Chances are you're about to lose*") (Victorian Gambling and Casino Control Commission, 2023). De manera similar, en el Reino Unido se llevó a cabo la campaña que tenía por eslogan "*Odds are: They win*", la cual trataba de sensibilizar sobre los productos adictivos y las prácticas nocivas de la industria a través de diversos formatos y medios de comunicación (Mills et al., 2023).

3.6. OTRAS TÁCTICAS DE LA INDUSTRIA

La industria del juego también participa en proporcionar incentivos financieros (p. ej., empleo), en la creación y desestabilización de grupos de interés (p. ej., gobiernos que colaboran con la industria), en la sustitución de políticas (p. ej., programas educativos e informativos para clientes en lugar de salud pública), y utilizan estrategias de desvinculación moral para manipular y negar la naturaleza adictiva de sus productos.

Asimismo, se presentan como parte de la solución, proporcionando información sobre el funcionamiento de los juegos, consejos para jugar de manera responsable, indicadores para detectar problemas en el juego, y proporcionan ayuda y asesoramiento a las personas jugadoras (p. ej., líneas telefónicas de ayuda).

4. ESTRATEGIAS DE CONTROL DEL JUEGO

A diferencia del tabaco o el alcohol, donde se reconoce que la industria no debe participar en el diseño de intervenciones preventivas o de control, ya sea como financiador de investigaciones o mediante talleres de cocreación con sus clientes, en el ámbito de la industria del juego esta cuestión no está tan clara, y su debate al respecto se está iniciando.

Bajo un enfoque de control del juego o prevención ambiental (Becoña, 2022), se proponen distintas iniciativas dirigidas a reducir la disponibilidad y la accesibilidad del juego de apuestas, con el fin de reducir su normalización y, por ende, la prevalencia y su impacto en las personas. Pueden ver una ampliación de las estrategias de control en los estudios de Hilbrecht et al. (2020), Livingstone et al. (2019) y Puigcorbé et al. (2024).

4.1. ESTRATEGIAS DE CONTROL DIRIGIDAS A REDUCIR LA DISPONIBILIDAD

En primer lugar, se proponen distintas medidas para reducir la disponibilidad al juego. Un estudio piloto en Noruega donde se prohibieron las máquinas tragaperras redujo la prevalencia de juego total, aunque algunos tipos de juego mostraron un cierto aumento (Engebø et al., 2021; Rossow y Hansen, 2016). Otras medidas han mostrado tener un impacto en la conducta de juego de los usuarios, como es reducir el número de establecimientos y máquinas. Por ejemplo, a través de establecer un número máximo por número de habitantes, establecer las condiciones específicas para la apertura de un nuevo local de juego, limitar el horario de apertura y cierre, o restringir las horas de funcionamiento de las máquinas (McMahon et al., 2019).

4.2. ESTRATEGIAS DE CONTROL DIRIGIDAS A REDUCIR LA ACCESIBILIDAD

En esta línea, se proponen distintas estrategias dirigidas a reducir la accesibilidad al juego, como restringir quién puede acceder a los locales (p. ej., establecer una edad mínima), dónde se puede abrir un local (p. ej., cercanía a un centro educativo), o cómo activar una máquina (p. ej., mando de control). Asimismo, una de las variables contextuales más estudiadas está relacionada con la distancia de la vivienda a diferentes tipos de locales o establecimientos con juego, relacionado inversamente con la conducta de juego (Espadafor y Martínez, 2021).

4.3. ESTRATEGIAS DE CONTROL DIRIGIDAS A LA REDUCCIÓN DEL DAÑO

Otras de las medidas propuestas están relacionadas con la reducción del daño como, por ejemplo, restricción del uso de billetes en máquinas tragaperras (McMahon et al., 2019; Rossow y Hansen, 2016), precio máximo por apuesta (Tanner et al., 2017), eliminar los cajeros de las salas de juego, o enviar mensajes de alerta durante el juego (Ginley et al., 2017; Tanner et al., 2017). A modo de ejemplo, se pueden enviar mensajes sobre la probabilidad de ganar el premio (p. ej., "este juego está programado para costar el 15% de su apuesta"), el precio medio de las personas jugadoras (p. ej., "si apuesta 10€, el juego le costará una media de 7€ por tirada"), o el tiempo medio (p. ej., "los usuarios gastan una media de 20€ cada 6 minutos). Todas estas medidas han mostrado tener un efecto positivo sobre la conducta de juego, en términos de frecuencia de uso, duración del juego y dinero apostado.

4.4. ESTRATEGIAS DE CONTROL DIRIGIDAS A REGULAR LAS APUESTAS Y LOS PREMIOS

Otra propuesta es la regulación de las apuestas y los premios, mediante la obligación de una cantidad mínima del coste de la apuesta (de manera que no se permita ganar grandes cantidades de dinero por apuestas de bajo valor monetario), aumentar los impuestos del juego (aumentar el porcentaje del premio destinado a las arcas públicas), modificar el pago de premios (p. ej., a través del fraccionamiento de premios grandes), dilatar el tiempo entre la apuesta y el premio, regular las pérdidas disfrazadas de ganancias y los "casi-aciertos", y reducir variables contextuales (p. ej., sonidos y luces), entre otros.

4.5. ESTRATEGIAS DE CONTROL DIRIGIDAS AL MARKETING

Por otro lado, diversos estudios han clamado la necesidad de regular variables relativas al marketing (Thomas et al., 2023), tanto la publicidad, como el patrocinio y la promoción del juego en todos los medios, con especial énfasis en las redes sociales y la publicidad indirecta. Además, se propone incluir advertencias sobre los problemas de juego y un número de teléfono para pedir ayuda, tanto en las plataformas web como en los locales.

4.6. OTRAS ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN

En términos de prevención, se deben fomentar campañas informativas sistemáticas sobre las consecuencias del juego en medios de comunicación, así como llevar a cabo programas de prevención escolar y familiar. En este contexto, debe promoverse

la autoprohibición de acceso a los locales de juego y a las plataformas por Internet (McMahon et al., 2019), los programas de detección temprana y de tratamiento. Por último, se debe potenciar la investigación independiente, con el objetivo de no verse abocados a utilizar la información que proporciona la industria del juego sobre datos epidemiológicos y de factores de riesgo.

4.7. REGULACIÓN LEGAL EN ESPAÑA

En línea con las estrategias propuestas de control del juego, cabe mencionar que en España a finales de 2020 se decretó el Real Decreto 958/2020, cuyo objeto es regular las condiciones de las actividades de publicidad, patrocinio y promoción, así como fijar las condiciones de las políticas de juego responsable o seguro y de protección a las personas usuarias. Entre sus medidas más importantes destacan: 1) prohibición de la publicidad audiovisual fuera del horario 1:00 a 5:00; 2) no pueden aparecer personajes de relevancia en la publicidad; 3) están prohibidas las comunicaciones comerciales que inciten a la práctica irreflexiva o compulsiva del juego, o que presenten el juego como una actividad económica o de inversión; 4) se prohíben los bonos de captación si la persona no está previamente registrado e identificado; 5) prohibición de patrocinio a los clubes deportivos; y 6) los portales web dispondrán de un enlace directo a información sobre juego seguro. No obstante, cabe resaltar que el 10 de abril de 2024 el Tribunal Supremo ha emitido un fallo que anula varios artículos de este Real Decreto, ya que "ciertos artículos carecen de la debida cobertura legal. O que imponen restricciones desproporcionadas a la libertad de empresa" (Poder Judicial de España, 2024).

A modo de conclusión, cabe destacar que la mayor parte de la investigación sobre el juego se ha centrado en los paradigmas de la adicción y la patología individual, promoviendo una narrativa basada en la responsabilidad personal y de riesgo. Este enfoque se centra en el llamado jugador problemático más que en los productos problemáticos, evitando así la responsabilidad de la industria en el daño que ocasiona la conducta de juego. En esta línea, la comunidad científica ha comenzado a analizar cómo los DCS tienen relación con los daños causados por el juego. Conocer las tácticas de la industria y su relación con las conductas de los juegos de azar y de apuestas nos permite desarrollar medidas de control y prevención dirigidas a mitigar el impacto del juego en la salud de la población y su entorno.

En definitiva, entender el juego como una conducta recreativa y lúdica, como una cuestión de libertad individual, minimizando los riesgos que tiene, es una perspectiva reduccionista y simplificada que no aborda de manera integral la complejidad de

estas conductas. Esta perspectiva es fomentada y difundida por la propia industria del juego. Por consiguiente, se aboga por un nuevo enfoque de salud pública que priorice la protección y seguridad de las personas jugadoras, fomente la investigación independiente, y destaque la responsabilidad inherente que la industria debe asumir.

REFERENCIAS

Allami, Y., Hodgins, D. C., Young, M., Brunelle, N., Currie, S., Dufour, M., Flores-Pajot, M. C., y Nadeau, L. (2021). A meta-analysis of problem gambling risk factors in the general adult population. *Addiction*, *116*(11), 2968–2977. https://doi.org/10.1111/ADD.15449

Becoña, E. (2022). *La prevención ambiental en el consumo de drogas: ¿Qué medidas podemos aplicar?* Plan Nacional sobre Drogas. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/2021_PrevencionAmbientalDrogas.pdf

Bonnaire, C., Barrault, S., Aïte, A., Cassotti, M., Moutier, S., y Varescon, I. (2017). Relationship between pathological gambling, alexithymia, and gambling type. *The American Journal on Addictions*, *26*(2), 152–160. https://doi.org/10.1111/AJAD.12506

Browne, M., Langham, E., Rawat, V., Greer, N., Li, E., Rose, J., Rockloff, M., Donaldson, P., Thorne, H., Goodwin, B., Bryden, G., y Best, T. (2016). *Assessing gambling-related harm in victoria: A public health perspective.* https://responsiblegambling.vic.gov.au/documents/69/Research-report-assessing-gambling-related-harm-in-vic.pdf

Calado, F., y Griffiths, M. D. (2016). Problem gambling worldwide: An update and systematic review of empirical research (2000–2015). *Journal of Behavioral Addictions*, *5*(4), 592–613. https://doi.org/10.1556/2006.5.2016.073

Collins, P., Shaffer, H. J., Ladouceur, R., Blaszszynski, A., y Fong, D. (2020). Gambling Research and Industry Funding. *Journal of Gambling Studies*, *36*(3), 989–997. https://doi.org/10.1007/S10899-019-09906-4

Cowlishaw, S., y Thomas, S. L. (2018). Industry interests in gambling research: Lessons learned from other forms of hazardous consumption. *Addictive Behaviors*, *78*, 101–106. https://doi.org/10.1016/J.ADDBEH.2017.11.007

de Lacy-Vawdon, C., Vandenberg, B., y Livingstone, C. (2023). Power and Other Commercial Determinants of Health: An Empirical Study of the Australian Food, Alcohol, and Gambling Industries. *International Journal of Health Policy and Management*, *12*(1). https://doi.org/10.34172/IJHPM.2023.7723

Deans, E. G., Thomas, S. L., Derevensky, J., y Daube, M. (2017). The influence of marketing on the sports betting attitudes and consumption behaviours of young men: Implications for harm reduction and prevention strategies. *Harm Reduction Journal*, *14*(1), 1–12. https://doi.org/10.1186/s12954-017-0131-8

Dirección General de Ordenación del Juego (2023). *Descarga de datos Mercado de Juego*. https://www.ordenacionjuego.es/es/descarga-datos-mercado-juego-online

Dowling, N. A., Cowlishaw, S., Jackson, A. C., Merkouris, S. S., Francis, K. L., y Christensen, D. R. (2015). Prevalence of psychiatric co-morbidity in treatment-seeking problem gamblers: A systematic review and meta-analysis. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *49*(6), 519–539. https://doi.org/10.1177/0004867415575774

Dun-Campbell, K., Van Schalkwyk, M. C. I., Petticrew, M., Maani, N., y McGill, E. (2023). How Do Industry-Funded Alcohol and Gambling Conferences Frame the Issues? An Analysis of Conference Agendas. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, *84*(2), 309–317. https://doi.org/10.15288/JSAD.22-00045

Engebø, J., Torsheim, T., y Pallesen, S. (2021). Regulatory Measures' Effect on Gambling Participation: Experiences From Norway. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 1–12. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.672471

Espadafor, M., y Martínez, S. (2021). The negative consequences of sports betting opportunities on human capital formation: Evidence from Spain. *PLoS One*, *16*(10), e0258857. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0258857

Gabellini, E., Lucchini, F., y Gattoni, M. E. (2023). Prevalence of Problem Gambling: A Meta-analysis of Recent Empirical Research (2016-2022). *Journal of Gambling Studies*, *39*(3). https://doi.org/10.1007/S10899-022-10180-0

Gibson, E., Griffiths, M. D., Calado, F., y Harris, A. (2022). The relationship between videogame micro-transactions and problem gaming and gambling: A systematic review. *Compurters in Human Psychology, 131*, 107219. https://doi.org/10.1016/j.chb.2022.107219

Ginley, M. K., Whelan, J. P., Pfund, R. A., Peter, S. C., y Meyers, A. W. (2017). Warning messages for electronic gambling machines: evidence for regulatory policies. *Addiction Research and Theory*, *25*(6), 495–504. https://doi.org/10.1080/16066359.2017.1321740

Gómez-Yánez, J. (2023). *Anuario del juego en España 2023*. https://www.grupocodere.com/uploads/media/default/0001/06/2217064d2effe60bb554d6e2a00772536dc9facc.pdf

Gómez-Yánez, J., y Lalanda, C. (2019). *Juego y sociedad 2019. Actitudes y hábitos de los españoles sobre el juego*. https://www.grupocodere.com/uploads/media/default/0001/05/6f5178f2ca3bd4288f47353e775f596a7017fbda.pdf

Gonzalvo, F. G., Devís, J. D., y Alventosa, P. M. (2020). El tiempo de uso de los videojuegos en el rendimiento académico de los adolescentes. *Comunicar: Revista Científica de Comunicación y Educación*, (65), 89-99. https://doi.org/10.3916/C65-2020-08

Guillou-Landreat, M., Gallopel-Morvan, K., Lever, D., Le Goff, D., y Le Reste, J. Y. (2021). Gambling Marketing Strategies and the Internet: What Do We Know? A Systematic Review. *Frontiers in psychiatry*, *12*, 583817. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.583817

Hancock, L., y Smith, G. (2017). Critiquing the Reno Model I-IV international influence on regulators and governments (2004–2015)—The distorted reality of "responsible gambling."

International Journal of Mental Health and Addiction, *15*(6), 1151–1176. https://doi.org/10.1007/s11469-017-9746-y

Hilbrecht, M., Baxter, D., Abbott, M., Clark, L., Hodgins, D. C., Manitowabi, D., Quilty, L., Angberg, J. S., Volberg, R., Walker, D., y Williams, R. J. (2020). The Conceptual Framework of Harmful Gambling: A revised framework for understanding gambling harm. *Journal of Behavioral Addictions, 9*(2), 190–205. https://doi.org/10.1556/2006.2020.00024

Hofmarcher, T., Romild, U., Spångberg, J., Persson, U., y Håkansson, A. (2020). The societal costs of problem gambling in Sweden. *BMC Public Health*, *20*(1). https://doi.org/10.1186/S12889-020-10008-9

Ladouceur, R., Shaffer, P., Blaszczynski, A., y Shaffer, H. J. (2019). Responsible Gambling Research and Industry Funding Biases. *Journal of Gambling Studies*, *35*(2), 725–730. https://doi.org/10.1007/S10899-018-9792-9

Livazović, G., y Bojčić, K. (2019). Problem gambling in adolescents: What are the psychological, social and financial consequences? *BMC Psychiatry*, *19*(1), 1–15. https://doi.org/10.1186/S12888-019-2293-2

Livingstone, C., Rintoul, A., Lacy-Vawdon, C. de, Borland, R., Dietze, P., Jenkinson, R., Livingston, M., Room, R., Smith, B., Stoove, M., Winter, R., y Hill, P. (2019). *Identifying effective policy interventions to prevent gambling-related harm*. Victorian Responsible Gambling Foundation. https://responsiblegambling.vic.gov.au/documents/640/Livingstone-identifying-effective-policy-interventions-June-2019.pdf

Marko, S., Thomas, S. L., Pitt, H., y Daube, M. (2023). The impact of responsible gambling framing on people with lived experience of gambling harm. *Frontiers in Sociology*, *8*, 1074773. https://doi.org/10.3389/FSOC.2023.1074773

McMahon, N., Thomson, K., Kaner, E., y Bambra, C. (2019). Effects of prevention and harm reduction interventions on gambling behaviours and gambling related harm: An umbrella review. *Addictive Behaviors*, *90*, 380–388. https://doi.org/10.1016/J.ADDBEH.2018.11.048

Mills, T., Grimes, J., Caddick, E., Jenkins, C. L., Evans, J., Moss, A., Wills, J., y Sykes, S. (2023). "Odds Are: They Win": a disruptive messaging innovation for challenging harmful products and practices of the gambling industry. *Public Health*, *224*, 41–44. https://doi.org/10.1016/J.PUHE.2023.08.009

Muggleton, N., Parpart, P., Newall, P., Leake, D., Gathergood, J., y Stewart, N. (2021). The association between gambling and financial, social and health outcomes in big financial data. *Nature Human Behaviour 2021 5:3*, *5*(3), 319–326. https://doi.org/10.1038/s41562-020-01045-w

Parrado-González, A., y León-Jariego, J. C. (2020). Exposure to gambling advertising and adolescent gambling behaviour. Moderating effects of perceived family support. *International Gambling Studies*, *20*(2), 214–230. https://doi.org/10.1080/14459795.2020.1712737

Pérez, L., Rodríguez, A., y Shmarev, A. (2022). Gambling Outlets Location in Urban Areas: A Case Study of Madrid. *Journal of Gambling Studies*, *38*(4), 1229–1242. https://doi.org/10.1007/S10899-021-10094-3

Pettigrew, S., Rosenberg, M., Ferguson, R., Houghton, S., y Wood, L. (2013). Game on: do children absorb sports sponsorship messages? *Public Health Nutrition*, *16*(12), 2197–2204. https://doi.org/10.1017/S1368980012005435

Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) (2023). *Informe de adicciones comportamentales*. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformaion/sistemaInformacion/pdf/2023_Informe_Trastornos_Comportamentales.pdf

Poder Judicial de España (2024). El Tribunal Supremo anula varios artículos del Real Decreto 958/2020 de comunicaciones comerciales de las actividades de juego. https://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Poder-Judicial/Tribunal-Supremo/Noticias-Judiciales/El-Tribunal-Supremo-anula-varios-articulos-del-Real-Decreto-958-2020-de-comunicaciones-comerciales-de-las-actividades-de-juego

Puigcorbé, S., Muñoz, R., Segura, L., y Colom, J. (2024). La prevención ambiental en las adicciones comportamentales. En F. Arias y L. Ocio (Eds.), *Guía clínica sobre adicciones comportamentales basada en la evidencia* (pp. 101–111). Socidrogalcohol. https://socidrogalcohol.org/wp-content/uploads/2024/02/Guia_Adicciones_Comportamentales_completa-1.pdf

Real Decreto 958/2020, de 3 de noviembre, de comunicaciones comerciales de las actividades de juego. https://www.boe.es/boe/dias/2020/11/04/pdfs/BOE-A-2020-13495.pdf

Riley, B. J., Harvey, P., Crisp, B. R., Battersby, M., y Lawn, S. (2021). Gambling-related harm as reported by concerned significant others: a systematic review and meta-synthesis of empirical studies. *Journal of Family Studies*, *27*(1), 112–130. https://doi.org/10.1080/13229400.2018.1513856

Rossow, I., y Hansen, M. B. (2016). Gambling and gambling policy in Norway—an exceptional case. *Addiction*, *111*(4), 593–598. https://doi.org/10.1111/ADD.13172

Schüll, N. D. (2014). *Addiction by Design: Machine Gambling in Las Vegas*. Princeton University Press.

Singer, J., Kufenko, V., Wöhr, A., Wuketich, M., y Otterbach, S. (2022). How do gambling providers use the social network Twitter in Germany? An Explorative Mixed-Methods Topic Modeling Approach. *Journal of Gambling Studies, 39*(3), 1371-1398. https://doi.org/10.1007/s10899-022-10158-y

Syvertsen, A., Erevik, E. K., Hanss, D., Mentzoni, R. A., y Pallesen, S. (2022). Relationships Between Exposure to Different Gambling Advertising Types, Advertising Impact and Problem Gambling. *Journal of Gambling Studies*, *38*(2), 465–482. https://doi.org/10.1007/s10899-021-10038-x

Tanner, J., Drawson, A. S., Mushquash, C. J., Mushquash, A. R., y Mazmanian, D. (2017). Harm reduction in gambling: a systematic review of industry strategies. *Addiction Research and Theory*, *25*(6), 485–494. https://doi.org/10.1080/16066359.2017.1310204

Thomas, S. L., David, J., Randle, M., Daube, M., y Senior, K. (2016). Gambling advocacy: lessons from tobacco, alcohol and junk food. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, *40*(3), 211–217. https://doi.org/10.1111/1753-6405.12410

Thomas, S. L., van Schalkwyk, M. C. I., Daube, M., Pitt, H., McGee, D., y McKee, M. (2023). Protecting children and young people from contemporary marketing for gambling. *Health Promotion International*, *38*(2), 1–14. https://doi.org/10.1093/heapro/daac194

van Schalkwyk, M. C. I., Cassidy, R., McKee, M., y Petticrew, M. (2019). Gambling control: in support of a public health response to gambling. *Lancet*, *393*(10182), 1680–1681. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30704-4

van Schalkwyk, M. C. I., Hawkins, B., y Petticrew, M. (2022). The politics and fantasy of the gambling education discourse: An analysis of gambling industry-funded youth education programmes in the United Kingdom. *SSM - Population Health*, *18*. https://doi.org/10.1016/J.SSMPH.2022.101122

Victorian Gambling and Casino Control Commission (2023). *'Chances are you're about to lose': New gambling advertising taglines*. https://www.vgccc.vic.gov.au/news/'chances-are-you're-about-lose'-new-gambling-advertising-taglines

Vitaro, F., Brendgen, M., Girard, A., Dionne, G., y Boivin, M. (2018). Longitudinal Links Between Gambling Participation and Academic Performance in Youth: A Test of Four Models. *Journal of Gambling Studies*, *34*(3), 881–892. https://doi.org/10.1007/S10899-017-9736-9

Wardle, H., Critchlow, N., Brown, A., Donnachie, C., Kolesnikov, A., y Hunt, K. (2022). The association between gambling marketing and unplanned gambling spend: Synthesised findings from two online cross-sectional surveys. *Addictive Behaviors*, *135*, 107440. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2022.107440

Williams, R. J., Leonard, C. A., Belanger, Y. D., Christensen, D. R., El-Guebaly, N., Hodgins, D. C., McGrath, D. S., Nicoll, F., Smith, G. J., y Stevens, R. M. G. (2021). Predictors of gambling and problem gambling in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, *112*(3), 521–529. https://doi.org/10.17269/S41997-020-00443-X

8 VIDEOJUEGOS (*GAMING*)

Noa Rey Torres y Gema Aonso-Diego

IDEAS CLAVE

1. Existe evidencia suficiente para afirmar que el uso de videojuegos excesivo puede llegar a ser problemático y adictivo, especialmente el online.

2. Aunque las consecuencias del uso de videojuegos no tienen que ser a priori negativas, se han relacionado con la disminución de la actividad física, el aumento de la obesidad, mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, menor rendimiento académico, empeoramiento de la salud mental y mayor riesgo de otras conductas adictivas, como el consumo de sustancias.

3. La evidencia muestra como la gran cantidad de violencia presente en algunos juegos, provoca una normalización de la violencia entre iguales, desensibilización hacia la muerte y mayor tolerancia al dolor.

4. La industria del videojuego utiliza diferentes tácticas para enganchar a los jugadores y optimizar la monetización de sus juegos, como las cajas botín, la publicidad o la monopolización de las investigaciones que abordan la adicción a los videojuegos.

5. La autorregulación diseñada por la propia industria no es suficiente para proteger a la sociedad de los efectos contraproducentes de los videojuegos. Se necesita, por tanto, una legislación que proteja a los jugadores, especialmente a los más jóvenes.

La industria de los videojuegos es posiblemente la industria con más futuro en el campo del ocio y el entretenimiento, siendo actualmente la primera opción de ocio audiovisual en nuestro país. El uso de videojuegos es una actividad popular recreativa que ha incrementado significativamente en los últimos años (Stevens, Dorstyn, et al., 2021), ya que el aumento del número de nuevas personas jugadoras cada año en nuestro país es exponencial, duplicando la cifra registrada hace menos de una década. Según la Asociación Española de Videojuegos (AEVI, 2022), España es el quinto país dentro del mercado de videojuegos a nivel europeo, aunque los niveles de facturación de esta industria en nuestro país están lejos de sus competidores europeos más próximos (Reino Unido, Francia, Italia y Alemania) y de las grandes potencias en videojuegos como son China y Estados Unidos.

Aunque no hay un consenso de su consideración como trastorno adictivo, sí que existe unanimidad en que puede ser considerado un Determinante Comercial de la Salud (DCS), debido a los intereses comerciales que hay detrás de esta industria y a su impacto directo en el estilo de vida de los consumidores y, por tanto, en su salud.

1. EL USO DE VIDEOJUEGOS COMO CONDUCTA ADICTIVA

En las últimas décadas, el potencial adictivo de los videojuegos ha sido un tema ampliamente discutido en los medios de comunicación y también en la literatura científica. Hoy en día, existe suficiente evidencia clínica y empírica para afirmar que el uso de videojuegos excesivo puede llegar a ser problemático y adictivo, especialmente si se hace referencia a los videojuegos online. Actualmente, el Trastorno por Uso de Videojuegos está recogido en las clasificaciones diagnósticas de la Organización Mundial de la Salud (CIE-11) y de la Asociación Americana de Psiquiatría (Sección III del DSM-5-TR), lo que muestra el alcance de esta cuestión (Carbonell y Blanquerna, 2020; López-Gómez et al., 2022).

En España usan videojuegos 18,1 millones de personas, de los que el 47% son mujeres. Por edad, la franja que más juega es la de 11 a 14 años, donde aproximadamente lo hace un 84%, seguida de la franja correspondiente a los 6 y 11 años, con un 79% de jugadores. El tiempo destinado a los videojuegos en nuestro país también resulta llamativo, pues dedican una media de 7h25´ semanales a jugar. En el mundo

se calcula que hay 1700 millones de hombres y 1.390 millones de mujeres que los usan (Howarth, 2024).

La prevalencia del trastorno por uso de videojuegos varía según los estudios (Darvesh et al., 2020). Los estudios metaanalíticos concluyen que entre el 2,5% y el 3,3% de la población presenta un trastorno por uso de videojuegos, siendo más frecuente entre los hombres en comparación con las mujeres (8,5% vs. 3,5%), y en niños y adolescentes (3,3% y 6,7%) en comparación con adultos (1,9%) (Fam, 2018; Kim et al., 2022; Pan et al., 2020; Stevens, Dorstyn, et al., 2021). Los estudios llevados a cabo en España concluyen que la prevalencia de trastorno por uso de videojuegos oscila entre el 7,7% y el 8,3% (Buiza-Aguado et al., 2018; López-Fernández et al., 2014).

Los principales factores de riesgo para el trastorno por uso de videojuegos son ser varón, realizar un uso excesivo del juego y jugar por la noche (especialmente más allá de la medianoche) (Rodríguez y Padilla, 2021). Asimismo, quienes padecen este problema en la adolescencia también suelen presentar conflictos familiares, desafección escolar, peores niveles de sociabilidad, así como recibir invitaciones de padres o compañeros para jugar; además, suelen tener comportamientos agresivos e impulsivos y su salud física y mental también se ve comprometida, observándose patrones irregulares de sueño y alimentación (Dávila-Díaz y García-Zapata, 2021; López Mora et al., 2022).

2. ASPECTOS POSITIVOS Y NEGATIVOS DEL USO DE VIDEOJUEGOS

Además de un instrumento de ocio y entretenimiento en todas las edades, los videojuegos pueden ser y son una herramienta muy útil para el aprendizaje y el desarrollo cognitivo, además de facilitar contactos emocionales y sociales, durante la infancia y juventud (López-Gómez et al., 2022; Przybylski, 2014).

Por este motivo, no se suele aconsejar una restricción absoluta de los mismos, sino simplemente evitar los usos inadecuados (algo no fácil de demarcar y definir). Entre las ventajas que pueden proporcionar los videojuegos se han descrito: mejorar la capacidad de respuesta ante retos, problemas o imprevistos (y además con tiempo limitado), favorecer la coordinación motora, fomentar el trabajo en equipo, estimu-

lar la atención y la memoria visual (te obligan a concentrarte y a recordar detalles) y, dependiendo cuales, pueden servir para adquirir pensamiento crítico o idiomas.

También puede servir como escape de emociones y pensamientos (Hygen et al., 2020; Sirola et al., 2021) o como estrategia de afrontamiento ante un malestar psicológico (Wang et al., 2022), algo que en principio puede ser positivo, pero que si no se aborda adecuadamente puede dar lugar a lo que se denomina la "trampa de la sustancias psicoactivas" (al final, quienes lo desarrollan pierden la capacidad de afrontar de manera diferente a lo aprendido con la nicotina, el alcohol, la cocaína o los videojuegos; es una parte de la funcionalidad de la conducta que en adicciones hay que ayudar a sustituir).

Sin embargo, en algunas ocasiones el juego puede tener importantes consecuencias negativas, incluyendo un trastorno adictivo (Macur y Pontes, 2021; von der Heiden et al., 2019).

En los últimos años, numerosas investigaciones han alertado del aumento del sedentarismo y del descenso del nivel de actividad física en la población, siendo una de las principales causas el avance de la tecnología y, de forma paralela, el uso de dispositivos electrónicos (Soos et al., 2014). Esta disminución de la actividad física contribuye a aumentar el factor de riesgo de padecer obesidad, así como enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión o alteraciones respiratorias (Blázquez, 2019). La relación entre el uso de videojuegos y actividad física ha sido ampliamente estudiada, pero presenta resultados mixtos. Algunos estudios encuentran una relación inversa entre el ocio digital y la práctica de actividad física (Chacón-Cuberos et al., 2017), mientras que otros no encuentran asociación significativa entre el nivel de actividad física y el uso de videojuegos (Montero-Duarte et al., 2019). Cabe destacar que en estos últimos años este tipo de dispositivos han evolucionado considerablemente, dejando atrás la concepción del videojuego pasivo que daba lugar al sedentarismo, para dar lugar a la aparición de una nueva generación de videojuegos que implican actividad física y movimiento (e.g., realidad virtual) (Sánchez-Alcaraz et al., 2020).

El uso de videojuegos se ha asociado, además de con la actividad física, con un menor rendimiento académico en niños y adolescentes (Carrillo y García, 2022; Gonzalvo et al., 2020), pero esta relación no se encuentra en estudiantes universitarios (Sánchez-Alcaraz et al., 2020). Por otra parte, cabe mencionar las consecuencias del propio uso de las pantallas, ya que el uso intensivo de estos dispositivos posee importantes implicaciones no sólo en términos de salud, sino también sociales y de convivencia (López-Gómez et al., 2022).

Con respecto a la salud mental, la participación frecuente en videojuegos se ha visto relacionada con una progresiva pérdida de reforzadores naturales (como amistades, otras actividades de ocio recreativo o formativo o actividad física) (Hygen et al., 2020) y con una peor salud mental, especialmente con sintomatología de ansiedad y depresión (Brunborg et al., 2014; González-Bueso et al., 2018; Männikkö et al., 2020; Mikuška y Vazsonyi, 2018; Ostinelli et al., 2021; Wong et al., 2020). Asimismo, el uso de videojuegos también se asocia con un mayor riesgo de otras conductas como el consumo de sustancias adictivas, el abuso de psicofármacos y el juego de apuestas. (Burleigh et al., 2019; Qeadan et al., 2022; Sanders y Williams, 2019; Strizek et al., 2020).

Cabe señalar la importancia de la gran cantidad de violencia encontrada en algunos videojuegos, lo que puede repercutir en desarrollar una mayor tolerancia al dolor y desensibilización hacia la muerte, aunque no se relaciona directamente con la capacidad adquirida para el suicidio. Sin embargo, se puede establecer una relación significativa entre el uso problemático de los videojuegos y componentes del suicidio como el dolor psicológico, la ideación suicida o la planificación del suicidio (Fontán, 2023). Pese a que no existe una evidencia concluyente al respecto, en gran parte por la falta de investigación carente de conflictos de interés, algunos estudios muestran una relación positiva entre el uso de videojuegos de carácter violento y el uso problemático de estos, con mayores niveles de agresividad manifiesta y victimización relacional en el ámbito escolar (Anderson y Dill, 2000; Chacón-Cuberos et al., 2018).

Asimismo, algunos estudios indican que el uso de videojuegos de carácter violento es un factor que contribuye a la normalización de la violencia entre iguales, así como de actitudes y conductas contrarias a la convivencia, puesto que existe una relación estadísticamente significativa entre el uso de estos, el *bullying* y el *cyberbullying*, especialmente a edades tempranas (Rial-Boubeta, 2024). En diversos videojuegos –*a priori* destinados solo a la población adulta–, para poder avanzar, quien juega necesita sistemáticamente conseguir puntos mutilando, explotando, matando, a veces con ensañamiento, no solo a monstruos imaginarios, sino a avatares de personas normales, simplemente indeseables o que son un obstáculo para conseguir el fin deseado. Pensar que este reforzamiento sistemático que el juego puede producir (algo para lo que está específicamente diseñado) quizá pueda estar algo relacionado con la aceptación o el desarrollo de actitudes o conductas violentas no parece del todo descabellado.

En la Wikipedia (en sus ediciones en inglés, ruso y árabe) existe una página denominada "Violación en los videojuegos"), que señala qué videojuegos contienen

escenas de violación. Esta página, cuyo contenido es cambiante en virtud de cómo evolucionan los contendidos de los juegos (habitualmente por presiones sociales), originalmente se desarrolló porque en algunos videojuegos había que violar a mujeres jóvenes para obtener la debida recompensa y poder avanzar (*Rape in videogames*, 2023).

3. LA INDUSTRIA DE LOS VIDEOJUEGOS

La industria de los videojuegos es un sector altamente innovador y en rápido crecimiento que se ha convertido en la fuerza dominante de la industria del entretenimiento, con importantes implicaciones tanto económicas como sociales. La industria de los videojuegos ha sabido evolucionar y adaptarse a las nuevas tecnologías, con diseños cada vez más interactivos con la capacidad de interactuar con otras personas, creando así un sentimiento de comunidad.

El último informe de la AEVI sobre España refiere que la facturación del sector en nuestro país solo en el año 2022 se cifra en 2.012 millones de euros. Esto implica un aumento de más del 12% con respecto al año anterior y continúa con la tendencia ascendente observada desde la pandemia de la COVID-19, duplicando así la cifra alcanzada en 2014 (AEVI, 2022).

Al igual que la industria del tabaco, del alcohol o del juego de azar y de apuestas, la industria de los videojuegos lleva a cabo multitud de estrategias con el objetivo último de aumentar el uso de los videojuegos y el compromiso por parte de quienes los usan. Una revisión exhaustiva de las estrategias utilizadas puede encontrarse en los estudios de Marchand y Hennig-Thurau (2013) y de Goh et al. (2023).

3.1. MONETIZACIÓN

En primer lugar, la industria busca métodos para optimizar la monetización de los juegos. Clásicamente, la fuente de ingresos provenía de la compra del propio juego. Sin embargo, en los últimos años se ha ampliado llamativamente la forma de monetizar los videojuegos. A este respecto, cabe mencionar dos de los métodos más utilizados: las cajas botín o *loot boxes* y los juegos gratuitos o *Freemium*, los cuales han demostrado aumentar los ingresos por parte de las empresas, hasta el punto de que

para algunas empresas las ventas tradicionales han pasado a un segundo plano, lo que está originando una reconversión de las tiendas de videojuegos.

Las cajas botín o *loot boxes* son una compra que las personas jugadoras pueden realizar durante el juego, cuyo contenido no descubren hasta que ya han realizado el pago (González-Cabrera et al., 2022). Las *loot boxes* son considerados artículos dentro de los videojuegos (e.g., personajes, armas, apariencia, vehículos), pero que comparten gran parte de las características propias de los juegos de azar, tanto por su aleatoriedad como por los premios que ofrecen por valor evaluable. Esta experiencia en la que *gaming* y *gambling* se entremezclan se conoce como *glamblificación*, que es la convergencia mediática entre la actividad de juegos de apuestas, más basada en el azar, y la actividad de los videojuegos, más basada en habilidades y experiencias (Pons et al., 2022). Se ha encontrado una fuerte relación entre la compra de cajas de botín y el trastorno de juego en una variedad de muestras (Gibson et al., 2022). Cabe destacar que algunos países, como Holanda, Bélgica, o China, ya han regulado el uso de *loot boxes* dentro de los videojuegos (Arjona-Martín et al., 2020; Cerezo, 2019; Gómez, 2023; Griffiths, 2020). Por lo general, los países de Europa se inclinan por un intervencionismo moderado (o más renuente); destaca el caso de Reino Unido, cuya política se limita a recomendar la precaución por parte de los padres y perseguir páginas de terceros que incluyen operaciones de juego con *loot boxes* sin licencia (Ruiz, 2022).

Como su propio nombre indica, los juegos gratuitos o *Freemium* son juegos totalmente gratuitos, pero con monetización dentro del juego. En otras palabras, permiten al usuario jugar de manera gratuita, pero para poder avanzar en el juego o mejorar los personajes, el usuario puede comprar ciertas características. Además, en este tipo de juegos se suelen incluir también las cajas botín.

3.2. AUTO-ANÁLISIS Y MEJORA

Otra de las estrategias utilizada por la industria consiste en entender la experiencia del usuario para maximizar su compromiso con el juego. Para tal fin, en primer lugar, se examinan qué variables influyen en las horas jugadas o en el compromiso por parte de la persona jugadora. De esta manera, las empresas de videojuegos ajustan distintas características como las recompensas recibidas, la habilidad requerida, la dificultad, lo novedoso, y las características sociales, entre otras.

La industria de los videojuegos trabaja en hacer productos cada vez más complejos y atractivos, buscando la fidelización de quienes usan sus productos. Esto hace que

procuren que cada vez "enganchen" más; quienes elaboran los juegos son ingenieros "de la recompensa" y en sus intervenciones hablan de hacer los juegos más adictivos, algo que sus empresas niegan formalmente. La fidelización puede ser también aumentada por el componente social de los videojuegos, por lo que la industria está apostando claramente por un juego online cada vez más perfeccionado, fomentando así el sentimiento de comunidad (Buiza et al., 2017).

3.3. PUBLICIDAD

Además, cabe mencionar el cambio en las estrategias de marketing de los videojuegos. Las empresas tratan de llegar a su público diana, mayoritariamente la población infanto-juvenil adolescentes y jóvenes, por lo que hoy en día prima la publicidad a través de las plataformas de *streaming* (e.g., *Twitch*). De esta manera, combina el canal más visitado por la población diana con personas de relevancia pública (e.g., creadores de contenido). Asimismo, las empresas han incluido reseñas en plataformas de juego (e.g., *Steam*) donde los usuarios pueden referenciar su experiencia con el juego. Este aspecto ha mostrado difundir los videojuegos y tener un impacto en el compromiso por parte de quienes juegan. Algunos estudios han puesto de manifiesto que detrás de parte de estas reseñas hay importantes conflictos de interés (Hamami y Bailey, 2021).

3.4. INVESTIGACIÓN

Por último, es preciso señalar que la industria de los videojuegos prácticamente monopoliza la investigación en torno a la adicción de los videojuegos. Actualmente, una gran parte la investigación relativa a la industria de los videojuegos y a la adictividad de los mismos es el resultado de acuerdos en los que la propia industria del juego proporciona datos a los gobiernos y a los investigadores sobre la conducta de juego, lo que podría originar conflictos de interés reales, ya sean financieros o no. Estos conflictos de interés hacen sospechar seriamente que la "evidencia" científica publicada está claramente sesgada (Zendle y Wardle, 2023).

4. MEDIDAS DE CONTROL EN EL USO DE VIDEOJUEGOS

4.1. SOCIAL Y AMBIENTAL

Teniendo en cuenta las estrategias utilizadas por parte de la industria de los videojuegos para maximizar el compromiso por parte de las personas jugadoras y las consecuencias negativas que presenta el uso problemático de videojuegos, a continuación, se proponen distintas medidas de control o prevención ambiental para reducir el impacto negativo de los videojuegos.

La industria del videojuego propone un sistema de autorregulación diseñado por ella misma, pese a tener una capacidad limitada para ello (Carbonell, 2020) y que choca con los intereses de las industrias y plataformas que hay detrás. Así que pese a los beneficios que proclama, necesita una normativa legal para poner en el foco la salud de los consumidores (Mañas-Viniegra, 2018). Una de las medidas a llevar a cabo sería que los gobiernos elaboren una legislación que proteja a los usuarios de estas prácticas de la industria, ya que, como se ha mencionado, las franjas de edad con mayores tasas de personas jugadoras son precisamente la población adolescente y preadolescente, especialmente vulnerables ante estas tácticas.

En línea con lo comentado con anterioridad, el acceso a la información a través de la industria de los videojuegos no debería ser la única manera de poder acceder a datos reales. En contraposición, debería de ser el gobierno quien aúne esa información, la cual se debería facilitar sin ningún tipo de restricción a la comunidad científica para su estudio y análisis. En España, esto ya se realiza con respecto al tabaco (e.g., el número de cigarrillos vendidos) (Ministerio de Hacienda y Función Pública, 2021) y a la conducta de juego de apuestas (Dirección General de Ordenación del Juego, 2023).

Además, se propone llevar a cabo estrategias preventivas de reducción de la demanda, a través de estrategias que han mostrado evidencia científica, como determinados programas preventivos escolares y familiares, campañas informativas, y detección temprana, entre otros (Delfrabbro, et al., 2021; King et al., 2018; King y Delfabbro, 2017; Stevens). Asimismo, se plantean una serie de acciones de reducción de riesgo para que el uso de videojuegos pueda hacerse de manera más libre, consciente, sana y realmente responsable.

Por otro lado, también se proponen medidas de reducción de daños, que incluyen recibir mensajes sobre el uso excesivo del videojuego o disminuir de capacidad adictiva de los juegos, eliminando por ejemplo las *loot boxes*, como ya ha ocurrido en otros países.

Por último, mencionar la responsabilidad de la industria en los problemas relacionados con el uso de videojuegos (King y Delfabbro, 2017). En Europa, la industria tiene un sistema de clasificación por edad (*Pan European Game Information*, PEGI) que indica la edad sugerida en función del contenido del juego. No obstante, hay algunas controversias con respecto a los PEGI, ya que algunos juegos presentan un PEGI3 (i.e., para mayores de 3 años) mientras que dentro del juego se pueden realizar micropagos y hay cajas botín, lo que implica un importante componente azaroso (Czerska y Majerska, 2023). En Estados Unidos existe algo equivalente ESRB (*Entertainment Software Rating Board*).

Una medida a llevar a cabo es informar explícitamente de la cantidad de horas que se requiere para completar el juego, la importancia de dedicar una gran parte del tiempo a realizar movimientos repetitivos en malas posturas, o proporcionar guías a los adultos responsables sobre cómo establecer límites de tiempo o restricciones de contenido.

También podrían ser convenientes otras medidas basadas en la reducción de la disponibilidad, y que pueden incluir medidas como: 1) el sistema de apagado, donde se desconecta por completo el acceso a los videojuegos durante unas horas determinadas; 2) los sistemas de fatiga, donde se empeora la experiencia de juego; o 3) los diversos instrumentos o aplicaciones de control parental.

4.2. PERSONAL Y FAMILAR

En su estudio seminal Przybylski (2014) concluyó que los niños y las niñas que jugaban menos de una hora diaria eran emocionalmente más estables, mientras que aquellos que jugaban alrededor de tres horas diarias desarrollaban problemas a la hora de socializar. Esto resalta la importancia de un cierto equilibrio, una cierta moderación, a la hora de su utilización. “Moderación” no en el sentido aplicado por las industrias del juego y del alcohol, que tiene el objetivo de transferir la responsabilidad de los problemas a quien los padece, sino en el sentido de quien es consciente de que, si no se aplican diversas medidas, pueden acabar apareciendo problemas serios: aplicarse la responsabilidad personal y ejercer la responsabilidad parental o profesional. Para que los distintos videojuegos útiles puedan ofrecer resultados positivos en quienes

aún son menores de edad, es imprescindible que los adultos responsables (madres, padres, docentes, etc.) ejerzan acciones proactivas que permitan disminuir la probabilidad de aislamiento social, acoso, corrupción y otros riesgos.

Amanda L. Giordano (2024), en la revista de divulgación científica *Psychology Today* ofrece una serie de consejos para los padres. Como puntos clave señala que madres y padres: 1) deben saber cómo utilizar los controles parentales para la comunicación, las restricciones, los límites de tiempo y para gastar dinero; 2) deben estar informados sobre los riesgos de los juegos, incluida la toxicidad, los comportamientos depredadores y los trastornos de los juegos en Internet; 3) pueden fomentar la ciudadanía digital para fomentar un comportamiento en línea seguro, apropiado y respetuoso.

A la hora de iniciar a los niños en los videojuegos señala conviene: 1) verificar el contenido de los videojuegos (no fiarse solo del sistema PEGI o ERSB) y su adecuación a la edad recomendada; 2) fomentar, en la medida de lo posible, aquellos que son colaborativos; y 4) establecer límites de tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

Anderson, C. A., y Dill, K. E. (2000). Video games and aggressive thoughts, feelings, and behavior in the laboratory and in life. *Journal of personality and social psychology*, *78*(4), 772–790. https://doi.org/10.1037//0022-3514.78.4.77

Arjona-Martín, J. B., y Muñoz del Pozo, V. M. (2020). La consolidación del modelo game-as-a-service en la industria del videojuego. Micropagos, cajas botín y su problemática legal. *Revista Inclusiones 7,* 229-244. http://hdl.handle.net/10481/64281

Asociación Española de Videojuegos (AEVI) (2022). *El anuario del videojuego 2022.* https://www.aevi.org.es/web/wp-content/uploads/2023/05/AEVI_Anuario-2022-DIGITAL.pdf

Blázquez, D. (2019). *Obesidad y sedentarismo infantil ¿Qué hacemos?: propuestas y actividades para la edad escolar.* Inde

Brunborg, G. S., Mentzoni, R. A., y Frøyland, L. R. (2014). Is video gaming, or video game addiction, associated with depression, academic achievement, heavy episodic drinking, or conduct problems? *Journal of Behavioral Addictions, 3(1), 27.* https://doi.org/10.1556/JBA.3.2014.002

Buiza-Aguado, C., Alonso-Canovas, A., Conde-Mateos, C., Buiza-Navarrete, J. J., y Gentile, D. (2018). Problematic Video Gaming in a Young Spanish Population: Association with Psycho-

social Health. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking, 21(6), 388–394*. https://doi.org/10.1089/CYBER.2017.0599

Buiza-Aguado, C., García-Calero, A., Alonso-Cánovas, A., Ortiz-Soto, P., Guerrero-Díaz, M., González-Molinier, M., y Hernández-Medrano, I. (2017). Los videojuegos: una afición con implicaciones neuropsiquiátricas. *Psicología educativa*, *23*(2), 129-136. https://doi.org/10.1016/j.pse.2017.05.001

Burleigh, T. L., Griffiths, M. D., Sumich, A., Stavropoulos, V., y Kuss, D. J. (2019). A Systematic Review of the Co-occurrence of Gaming Disorder and Other Potentially Addictive Behaviors. *Current Addiction Reports*, *6*(4), 383–401. https://doi.org/10.1007/S40429-019-00279-7

Category Rape in videogames. (26/11/2023). En *Wikipedia*. https://en.wikipedia.org/wiki/Category:Rape_in_video_games

Carbonell, X., y Blanquerna, F. (2020). El diagnóstico de adicción a videojuegos en el DSM-5 y la CIE-11: Retos y oportunidades para clínicos. *Papeles Del Psicólogo, 41(3), 211–218*. https://doi.org/10.23923/pap.psicol2020.2935

Carrillo-López, P. J., y García-Perujo, M. (2022). Consumo habitual de videojuegos y rendimiento académico en escolares de primaria. *Education in the Knowledge Society (EKS)*, *23*, e27557-e27557. https://doi.org/10.14201/eks.27557.

Cerezo, A. H. (2019). Loot Boxes: Minors Facing Dissembled Online Gambling. *Revista Jurídica Castilla y Leon*, *47*, 25.

Chacón-Cuberos, R., Espejo-Garcés, T., Martínez-Martínez, A., Zurita-Ortega, F., Castro-Sánchez, M., y Ruiz, G. R. R. (2018). Conductas agresivas, victimización y uso problemático de videojuegos en escolares de educación primaria de la provincia de Granada. *Revista Complutense de Educación, 29*(4), 111. http://doi.org/10.5209/RCED.54455

Chacón-Cuberos, R., Zurita, F., Castro, M., Espejo, T., Martínez, A., y Pérez, A. J. (2017). Clima motivacional hacia el deporte y su relación con hábitos de ocio digital sedentario en estudiantes universitarios. *Saúde e Sociedade, 26, 29-39*. http://doi.org/10.1590/s0104-12902017166561

Czerska, I., y Majerska, A. (2023). Micropayments in games using the FIFA series as an example – Fun or E-gambling Accessible to Children? Discussion Around Controversy and Regulation. *Zeszyty Naukowe Politechniki* Śląskiej. *Organizacja i Zarządzanie*, *2023*(172). https://doi.org/10.29119/1641-3466.2023.172.8

Darvesh, N., Radhakrishnan, A., Lachance, C. C., Nincic, V., Sharpe, J. P., Ghassemi, M., Straus, S. E., y Tricco, A. C. (2020). Exploring the prevalence of gaming disorder and Internet gaming disorder: a rapid scoping review. *Systematic Reviews, 9(1).* https://doi.org/10.1186/S13643-020-01329-2

Dávila-Díaz, R. M., y García-Zapata, M. C. (2021). *Adicción a los videojuegos en adolescentes: Una revisión sistemática.* Universidad César Vallejo. https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/69556/D%c3%a1vila_DRM-Garc%c3%ada_ZMC-SD.pdf?sequence=-1yisAllowed=y

Dirección General de Ordenación del Juego (2023). *Informes trimestrales*. https://www.ordenacionjuego.es/es/informes-trimestrales

Fam, J. Y. (2018). Prevalence of internet gaming disorder in adolescents: A meta-analysis across three decades. *Scandinavian Journal of Psychology*, *59*(5), 524–531. https://doi.org/10.1111/SJOP.12459

Fontan, M. (2023). *Influencia de los videojuegos violentos en la conducta suicida*. Universidad Europea de Valencia. https://hdl.handle.net/20.500.12880/7674

Giordano, A. L. (2023). Safe gaming: what parents need to know. *Psychology Today*. https://www.psychologytoday.com/intl/blog/understanding-addiction/202301/safe-gaming-what-parents-need-to-know

Goh, E., Al-Tabbaa, O., y Khan, Z. (2023). Unravelling the complexity of the Video Game Industry: An integrative framework and future research directions. *Telematics and Informatics Reports*, *12*, 100100. https://doi.org/10.1016/j.teler.2023.100100

Gómez, J. R. (2023). *Las cajas de botín en los videojuegos. Ludopatía y juegos de azar: análisis de derecho comparado y propuesta de regulación en Colombia*. Universidad Pontificia Bolivariana. http://hdl.handle.net/20.500.11912/10804

González-Bueso, V., Santamaría, J. J., Fernández, D., Merino, L., Montero, E., y Ribas, J. (2018). Association between internet gaming disorder or pathological video-game use and comorbid psychopathology: A comprehensive review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *15*(4), 1–20. https://doi.org/10.3390/ijerph15040668

González-Cabrera, J., Basterra-González, A., Montiel, I., Calvete, E., Pontes, H. M., y Machimbarrena, J. M. (2022). Loot boxes in Spanish adolescents and young adults: Relationship with internet gaming disorder and online gambling disorder. *Computers in Human Behavior*, *126*, 107012. https://doi.org/10.1016/J.CHB.2021.107012

Griffiths, M. D. (2020). A brief overview of loot boxes in video gaming. En R. Kowert y T. Quandt (Eds.). *The Video Game Debate 2* (7-18). Routledge. https://doi.org/10.4324/9780429351815-2

Hamami, T., y Bailey, J. (2021). Expert product reviews and conflict of interest. *Managerial and Decision Economics*, *42*(1), 170–176. https://doi.org/10.1002/MDE.3221

Howath, J. (2024). How many gamers are there?. *Exploring topics blog*. https://explodingtopics.com/blog/number-of-gamers

Hygen, B. W., Skalická, V., Stenseng, F., Belsky, J., Steinsbekk, S., y Wichstrøm, L. (2020). The co-occurrence between symptoms of internet gaming disorder and psychiatric disorders in childhood and adolescence: prospective relations or common causes? *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *61*(8), 890–898. https://doi.org/10.1111/jcpp.13289

Kim, H. S., Son, G., Roh, E. Bin, Ahn, W. Y., Kim, J., Shin, S. H., Chey, J., y Choi, K. H. (2022). Prevalence of gaming disorder: A meta-analysis. *Addictive Behaviors*, *126*, 107183. https://doi.org/10.1016/J.ADDBEH.2021.107183

King, D. L., Delfabbro, P. H., Doh, Y. Y., Wu, A. M. S., Kuss, D. J., Pallesen, S., Mentzoni, R., Carragher, N., y Sakuma, H. (2018). Policy and Prevention Approaches for Disordered and Hazardous Gaming and Internet Use: an International Perspective. *Prevention Science*, *19*(2), 233–249. https://doi.org/10.1007/S11121-017-0813-1

King, D. L., y Delfabbro, P. H. (2017). Prevention and Policy Related to Internet Gaming Disorder. *Current Addiction Reports*, *4*(3), 284–292. https://doi.org/10.1007/S40429-017-0157-8

López-Fernández, O., Honrubia-Serrano, M. L., Baguley, T., y Griffiths, M. D. (2014). Pathological video game playing in Spanish and British adolescents: Towards the exploration of Internet Gaming Disorder symptomatology. *Computers in Human Behavior, 41, 304–312.* https://doi.org/10.1016/J.CHB.2014.10.011

López-Goméz, S., Rial-Boubeta, A., Marín-Suelves, D., y Rodríguez-Rodríguez, J. (2022). Videojuegos, salud, convivencia y adicción. ¿Qué dice la evidencia científica? *Psychology, Society & Education, 14(1), 45-54.* https://doi.org/10.21071/psye.v14i1.14178

López-Mora, C., Álvarez, O., González-Hernández, J., y Castillo, I. (2022). Sensibilidad a la ansiedad y adicción a los videojuegos en deportistas. El rol protector de la dureza mental. *Cuadernos de psicología del deporte*, *22*(1), 124-137. https://doi.org/10.6018/cpd.466831

Macur, M., y Pontes, H. M. (2021). Internet Gaming Disorder in adolescence: investigating profiles and associated risk factors. *BMC Public Health*, *21*(1). https://doi.org/10.1186/S12889-021-11394-4

Männikkö, N., Ruotsalainen, H., Miettunen, J., Pontes, H. M., y Kääriäinen, M. (2020). Problematic gaming behaviour and health-related outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Health Psychology*, *25*(1), 67–81. https://doi.org/10.1177/1359105317740414

Mañas-Viniegra, L. (2018). La autorregulación de las marcas de juegos de azar online a través de su publicidad en televisión. *Methaodos. Revista De Ciencias Sociales, 6(1), 16-37.* https://doi.org/10.17502/m.rcs.v6i1.210

Marchand, A., y Hennig-Thurau, T. (2013). Value creation in the video game industry: Industry economics, consumer benefits, and research opportunities. *Journal of Interactive Marketing*, *27*(3), 141–157. https://doi.org/10.1016/j.intmar.2013.05.001

Mikuška, J., y Vazsonyi, A. T. (2018). Developmental Links Between Gaming and Depressive Symptoms. *Journal of Research on Adolescence, 28(3), 680–697.* https://doi.org/10.1111/jora.12359

Ministerio de Hacienda y Función Pública (2021). *Información estadística sobre el mercado de tabacos.* https://www.hacienda.gob.es/es-ES/Areas Tematicas/CMTabacos/Paginas/EstadisticassobreelMercadodeTabacos.aspx

Montero-Duarte, A., Bogas, R., Barradas, J.M., Gómez, S., y Chacón-Cuberos, R. (2019). Analysis and relationship between the problematic use of video games and the level of physical activity in adolescents of Huelva. *ESHPA – Education, Sport, Health and Physical Activity, 3*(1), 95-106. http://hdl.handle.net/10481/53224

Ostinelli, E. G., Zangani, C., Giordano, B., Maestri, D., Gambini, O., D'Agostino, A., Furukawa, T. A., y Purgato, M. (2021). Depressive symptoms and depression in individuals with internet gaming disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *284*, 136–142. https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.02.014

Pan, Y. C., Chiu, Y. C., y Lin, Y. H. (2020). Systematic review and meta-analysis of epidemiology of internet addiction. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *118*, 612–622. https://doi.org/10.1016/J.NEUBIOREV.2020.08.013

Pons, J., Arnedo, J., y Aranda, D. (2022). 'Gam(bl)ification': del videojuego al casino. *Revista de los Estudios de Ciencias de la Información y de la Comunicación, 123.* https://doi.org/10.7238/c.n123.2252

Przybylski, A.K. (2014) Electronic gaming and psychosocial adjustment. *Pediatrics*, *134*(3), e716-22. https://doi.org/10.1542/peds.2013-4021

Qeadan, F., Egbert, J., y English, K. (2022). Associations between problematic internet use and substance misuse among US college students. *Computers in Human Behavior*, *134*, 107327. https://doi.org/10.1016/J.CHB.2022.107327

Rial-Boubeta, A., Theotonio, Á., Neira-de Paz, A., Braña-Tobío, T., y Varela-Mallou, J. (2024). Relación entre el consumo de videojuegos PEGI18 con violencia explícita, bullying y cyberbullying. *Psychology, Society & Education*, *16*(1), 10-19. https://doi.org/10.21071/pse.v16i1.16718

Rodríguez, M. R., y Padilla, F. M. G. (2021). El uso de videojuegos en adolescentes. Un problema de Salud Pública. *Enfermería Global*, *20*(2), 557-591. https://doi.org/10.6018/eglobal.438641

Ruiz Cortejosa, C.M. (2022). Análisis de la concentración de jugadores en torno a videojuegos que incorporan loot boxes. (Trabajo Fin de Grado Inédito). Universidad de Sevilla, Sevilla https://hdl.handle.net/11441/136855

Sánchez-Alcaráz, B. J., Sánchez Díaz, A., Alfonso Asencio, M., Courel Ibáñez, J., y Sánchez-Pay, A. (2020). Relación entre el nivel de actividad física, uso de videojuegos y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Espiral. Cuadernos del profesorado*, *13*(26), 64-73. https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7546964.pdf

Sanders, J., y Williams, R. (2019). The relationship between video gaming, gambling, and problematic levels of video gaming and gambling. *Journal of Gambling Studies*, *35*(2), 559–569. https://doi.org/10.1007/S10899-018-9798-3

Sirola, A., Savela, N., Savolainen, I., Kaakinen, M., y Oksanen, A. (2021). The Role of Virtual Communities in Gambling and Gaming Behaviors: A Systematic Review. *Journal of Gambling Studies*, *37*(1), 165–187. https://doi.org/10.1007/S10899-020-09946-1

Soos, I., Biddle, S. J. H., Ling, J., Hamar, P., Sandor, I., Boros-Bailint, I., Szabo, P., y Simonek, J. (2014). Physical activity, sedentary behavior, use of electronic media and snacking among youth: An international study. *Kynesiology, 46*(2), 155-163. https://hrcak.srce.hr/131879

Stevens, M. W. R., Delfabbro, P. H., y King, D. L. (2021). Prevention Strategies to Address Problematic Gaming: An Evaluation of Strategy Support Among Habitual and Problem Gamers. *The Journal of Primary Prevention*, *42*, 183–201. https://doi.org/10.1007/s10935-021-00629-0

Stevens, M. W. R., Dorstyn, D., Delfabbro, P. H., y King, D. L. (2021). Global prevalence of gaming disorder: A systematic review and meta-analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *55*(6), 553–568. https://doi.org/10.1177/0004867420962851

Strizek, J., Atzendorf, J., Kraus, L., Monshouwer, K., Puhm, A., y Uhl, A. (2020). Perceived problems with adolescent online gaming: National differences and correlations with substance use. *Journal of Behavioral Addictions*, *9*(3), 629–641. https://doi.org/10.1556/2006.2020.00061

von der Heiden, J. M., Braun, B., Müller, K. W., y Egloff, B. (2019). The association between video gaming and psychological functioning. *Frontiers in Psychology*, *10*, 1731. https://doi.org/10.3389/FPSYG.2019.01731

Wang, Y., Liu, B., Zhang, L., y Zhang, P. (2022). Anxiety, Depression, and Stress Are Associated With Internet Gaming Disorder During COVID-19: Fear of Missing Out as a Mediator. *Frontiers in Psychiatry*, *13*, 827519. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.827519

Wong, H. Y., Mo, H. Y., Potenza, M. N., Chan, M. N. M., Lau, W. M., Chui, T. K., Pakpour, A. H., y Lin, C. Y. (2020). Relationships between severity of internet gaming disorder, severity of problematic social media use, sleep quality and psychological distress. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(6). https://doi.org/10.3390/IJERPH17061879

Zendle, D., y Wardle, H. (2023). Debate: We need data infrastructure as well as data sharing – conflicts of interest in video game research. *Child and Adolescent Mental Health, 28(1), 155–157.* https://doi.org/10.1111/CAMH.12629

9

9 PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA OBESIDAD Y LA ALIMENTACIÓN

Noa Rey y Francisco Camarelles Guillem

IDEAS CLAVE

1. Tanto la obesidad como las conductas adictivas comparten varias similitudes como la recompensa y placer, la compulsión y pérdida de control, el ciclo de conducta, factores psicológicos y emocionales, y el impacto en la salud. Otra semejanza es la necesidad de considerar que la obesidad, el tabaquismo y la dependencia al alcohol son problemas poblacionales y no solo problemas individuales.

2. Cada vez hay más pruebas de que las elecciones alimentarias de los consumidores están determinadas por los "entornos alimentarios" en los que se mueven.

3. La industria alimentaria emplea estrategias y tácticas para promover sus productos y maximizar sus ganancias, aunque eso atente contra la salud de la población; estas son muy similares a las usadas por la industria del tabaco y el alcohol entre otras.

4. Entre las tácticas empleadas por la industria alimentaria destacan: la publicidad dirigida a menores, el patrocinio de eventos deportivos, las alianzas con sociedades científicas, el marcaje de precios bajos a productos menos saludables o el cabildeo (*lobbying*), entre otras.

5. Para diseñar una estrategia efectiva en el control de la obesidad, se debe hacer un abordaje tanto a nivel individual, como de sociedad, que proteja a la ciudadanía, especialmente a quienes son más vulnerables, de los intereses económicos de las grandes empresas alimentarias.

6. Entre las estrategias que deben incluirse destacan: el control del etiquetado y la publicidad, los acuerdos de reformulación, el enfoque económico, la prevención desde edades tempranas, así como el abordaje individual y clínico, entre otros.

1. IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

La obesidad es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la pandemia del siglo XXI, y la define como una enfermedad multifactorial, crónica y compleja, además de ser un factor de riesgo importante para las Enfermedades No Transmisibles (ENT). La obesidad se asocia con una disminución de la esperanza de vida de entre 5 a 20 años perdidos (según la gravedad de la afección y los trastornos comórbidos). La obesidad representa un importante desafío para la salud porque aumenta sustancialmente el riesgo de enfermedades como diabetes mellitus tipo 2, enfermedad del hígado graso, hipertensión, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, demencia, osteoartritis y la apnea obstructiva del sueño. Además, se le atribuye una fuerte relación con la aparición de diferentes tipos de cánceres como son el de colon, el de próstata, el de recto, el de vesícula y vías biliares o el de mama y endometrio en mujeres postmenopáusicas (Sepúlveda y Quintero, 2017; Zavala y Ortega, 2023). En general, esta enfermedad contribuye en una disminución de la calidad y de la esperanza de vida de las personas.

La obesidad influye a nivel psicológico y social, favorece la baja autoestima pudiendo llegar incluso a desembocar en ansiedad, depresiones y trastornos de la imagen corporal o del comportamiento alimenticio (Kaufer y Pérez, 2022). Está asociada con

el desempleo, las desigualdades sociales y la reducción de la productividad socioeconómica, lo que genera más carga económica. Pero no solo esto, la obesidad y el sobrepeso es un problema estético para muchas personas; socialmente hay una discriminación hacia las personas obesas y, no hay que olvidar, sobre todo en los países occidentales existe una obsesión social con la imagen corporal y el peso (Blüher, 2019; Westbury et al., 2023).

De acuerdo con los datos y cifras de la OMS, en 2022 una de cada ocho personas en el mundo eran obesas (OMS, 2024). Se define obesidad como un índice de masa corporal (IMC, peso/altura2: kg/m2) superior a 30. Además, en ese año:

- Más de 890 millones de personas tenían obesidad (IMC > 30).
- 2500 millones de personas adultas (18 años o más), un 43% de la población, tenían sobrepeso (IMC > 25).
- 37 millones de niños menores de 5 años tenían sobrepeso.
- Más de 390 millones de niños y adolescentes de 5 a 19 años tenían sobrepeso, de los cuales 160 millones eran obesos.

Desde 1990, la obesidad se ha duplicado con creces entre los adultos de todo el mundo, y se ha cuadruplicado entre los adolescentes (OMS, 2024). La prevalencia de la obesidad ha aumentado en todo el mundo en los últimos 50 años, alcanzando niveles pandémicos mundiales siendo objeto de estudio internacional (World Obesity, 2024). Con la conjunción de obesidad, malnutrición y cambio climático se considera que existe una sindemia mundial (Swinburn et al., 2019).

En España, cerca de seis de cada diez personas presenta exceso de peso, con un 39,3% de la población en las cifras de sobrepeso, un 21,6% en las de obesidad general y un 33,4% de media de obesidad abdominal (Aranceta-Bartrina et al., 2016). Más preocupante, por sus implicaciones a largo plazo, es que cuatro de cada diez escolares españoles de entre 6 y 9 años presentan exceso de peso y que la prevalencia de obesidad infantil va en claro aumento (Romaguera, 2021).

Nos enfrentamos, por tanto, a un problema de salud con patogénesis multifactorial (Franzago et al., 2020), en el que están presentes ambientes obesogénicos (cultura alimentaria, transporte e informatización) y factores genéticos y socioculturales, lo que hace compleja la intervención para poder revertirlo. Hasta ahora, las estrategias

de prevención y tratamiento de la obesidad, tanto a nivel individual como poblacional, no han tenido gran éxito a largo plazo; las intervenciones en el estilo de vida y el comportamiento destinadas a reducir la ingesta de calorías y a aumentar el gasto energético tienen una eficacia limitada, porque las adaptaciones hormonales, metabólicas y neuroquímicas –complejas y persistentes– dificultan la pérdida de peso y promueven su recuperación. Así, se calcula que en España la población que hace dieta con regularidad ronda el 20% de la población, fracasando con una frecuencia del 80%: las dietas para bajar peso y tratar la obesidad son un negocio multimillonario (Camarelles, 2023).

Las consecuencias económicas de la epidemia de obesidad también son importantes. Se calcula que, si no se toman medidas al respecto, los costos a escala mundial del sobrepeso y la obesidad alcanzarán los 3.000 millones de dólares anuales para 2030 y una cifra superior a los 18.000 millones de dólares para 2060 (Okunogbe et al., 2022).

Por último, el aumento de las tasas de obesidad en los países de ingreso bajo y mediano, en particular entre los grupos socioeconómicos más bajos, está globalizando rápidamente un problema que antes se asociaba únicamente a los países de ingreso alto.

Además de la obesidad, existen toda una serie de problemas relacionados con una alimentación inadecuada y que también se relacionan con las industrias alimenticias, como son el exceso de sal (responsable de problemas cardiovasculares), el exceso de azúcar (responsable, aun sin obesidad, del aumento de la diabetes tipo II y sus complicaciones), un menor consumo de frutas y verduras (responsable de diversos cánceres) y otros.

2. SEMEJANZAS Y DIFERENCIAS ENTRE OBESIDAD Y CONDUCTAS ADICTIVAS

La obesidad comparte con el tabaquismo y el consumo de alcohol ser una de las principales causas de las llamadas ENT. De los cuatro principales factores de riesgo de las ENT tres están relacionados con la obesidad: el consumo nocivo de alcohol, una dieta poco saludable y la falta de actividad física (Degenhardt et al., 2018; Rehm y Shield, 2019; Tran et al., 2022); el cuarto, el tabaquismo, se relaciona con menor

peso, pero con más grasa abdominal visceral (Carrasquilla et al., 2024), que es la que se asocia con casi todos los problemas de salud que causa la obesidad (Lemieux y Després, 2020).

Tanto la obesidad como las conductas adictivas comparten varias similitudes, aunque es importante destacar que son condiciones complejas y multifactoriales. Algunas de las semejanzas comunes incluyen:

Recompensa y placer: tanto el consumo excesivo de alimentos como el consumo de sustancias activan los mismos circuitos cerebrales de recompensa. En estos circuitos se liberan neurotransmisores, como la dopamina, que generan sensaciones de recompensa y habitualmente placer. Esto puede llevar a una búsqueda continua de esa gratificación, incluso a pesar de las consecuencias negativas. De hecho, los nuevos y eficaces medicamentos para la obesidad (los agonistas del receptor GLP-1), que se asocian con una pérdida de peso por disminuir el apetito, están siendo investigados para tratar el trastorno por uso de alcohol y otras patologías adictivas, aunque falta aún evidencia (Leggio et al., 2023)

Compulsión y pérdida de control: en las conductas adictivas existe una compulsión hacia el consumo y el comportamiento problemático que tiene semejanza con comer en exceso. Esta compulsión a menudo se acompaña de una percepción de pérdida de control, donde la persona tiene dificultades para detener o moderar su comportamiento.

Ciclo de conducta: en ambas condiciones, puede existir un ciclo de comportamiento problemático, donde la persona se involucra en el comportamiento adictivo, experimenta placer momentáneo, seguido de culpa o arrepentimiento, lo que a su vez puede llevar a repetir los consumos para aliviar esas emociones negativas.

Factores psicológicos y emocionales: tanto la obesidad como las adicciones pueden estar relacionadas con factores psicológicos y emocionales, como el estrés, la ansiedad, la depresión, la baja autoestima o la búsqueda de consuelo emocional a través del comportamiento repetido: el reforzamiento puede quedar condicionado a estímulos originalmente neutros presentes en el momento del consumo.

Impacto en la salud: ambas condiciones pueden tener graves consecuencias para la salud física y mental, y pueden causar daños físicos, trastornos mentales y problemas sociales y laborales.

Otra semejanza clave es la necesidad de considerarlos como determinantes comerciales de salud, que hace que deban ser abordados como problemas poblacionales y no solo individuales, sino poblacionales. La prevención y el manejo efectivo de la obesidad requiere un enfoque multidisciplinar y medidas integrales, involucrando acciones en todos los sectores de la sociedad y acciones globales unidas. La atención clínica individualizada mejora indudablemente las perspectivas de salud de las personas en riesgo, pero es necesaria una actuación tipo control para evitar la mayor parte de los efectos de la epidemia.

Hay que destacar que, si bien existen estas similitudes, la obesidad y las adicciones también tienen diferencias significativas en términos de causas subyacentes, síntomas específicos y tratamientos recomendados. Por lo tanto, es fundamental abordar cada condición de manera individualizada y con un enfoque integral que tenga en cuenta las necesidades únicas de cada persona.

Las relaciones entre los diversos consumos de sustancias psicoactivas y peso corporal varían según las sustancias: los opioides y los psicoestimulantes tipo cocaína y anfetaminas se asocian con un menor peso; alcohol y cannabis se asocian con ganancias ponderales; la nicotina, como se ha mencionado, es más compleja.

3. TÁCTICAS DE LA INDUSTRIA DE LA ALIMENTACIÓN

Cada vez hay más pruebas de que las elecciones alimentarias de los consumidores están determinadas por el contexto físico, económico, político y sociocultural en el que se mueven. Sin embargo, la mayoría de las personas no son conscientes de hasta qué punto sus hábitos alimentarios están dirigidos por una multiplicidad de factores, desde los anuncios que siguen viendo en las vallas publicitarias en la calle hasta la gama de productos alimenticios que está disponible en el supermercado, a través de las ofertas promocionales y descuentos que ofrecen los minoristas.

Se entiende por entornos alimentarios el contexto físico, económico, político y sociocultural en el que los consumidores interaccionan con el sistema alimentario para tomar sus decisiones sobre la adquisición, preparación y consumo de alimentos. Son factores que influyen en la elección del consumidor el *marketing* y la publicidad,

las ofertas promocionales, la disponibilidad de alimentos y su precio, la distribución espacial en supermercados y muchos más (Camarelles, 2023).

Los entornos alimentarios actuales empujan en gran medida a los consumidores hacia productos que no están en consonancia con las recomendaciones de una alimentación saludable. Sin embargo, cambiar a una alimentación más saludable, basada más en plantas y con "menos y mejores" fuentes animales, puede beneficiar la salud de las personas y al mismo tiempo aportar una serie de beneficios colaterales para el clima y el medio ambiente, el bienestar de los animales de granja y la seguridad alimentaria (Put the change on the menu, 2023).

La industria alimentaria aprovecha la falta de información del consumidor, junto con las lagunas legales de la legislación alimentaria, y de su publicidad, para aumentar sus ganancias sin grandes escrúpulos. De aquí, la urgencia de una reforma de la legislación pertinente, capaz de combatir la desprotección del consumidor (García-García y Ramón-Fernández, 2022).

Para llevar a cabo este propósito, emplea una amplia variedad de tácticas para promover sus productos y maximizar sus ganancias, aunque eso atente contra la salud de la población. Entre las estrategias empleadas por la industria destacan el *marketing*, el patrocinio, el desarrollo de productos adictivos, relacionado con el producto (como tamaño o precio), el etiquetado, las alianzas con sociedades científicas, y la influencia en la investigación y la política.

3.1. *MARKETING* Y PUBLICIDAD DIRIGIDO FUNDAMENTALMENTE A MENORES

La publicidad alimentaria, generalmente de alimentos y bebidas no saludables, va a influir notablemente en las preferencias alimentarias, y los patrones de consumo alimentario (Royo-Bordonada et al., 2019) mediante técnicas de mercadotecnia que no son percibidas por quienes las ven en televisión (Díaz-Ramírez et al., 2011). Esto tiene especial importancia en menores, pues a edades tempranas no son capaces de distinguir la publicidad en televisión.

Debido a la falta de regulación, las empresas alimentarias llevan años utilizando técnicas publicitarias, en algunos casos subliminares y, otras veces, a todas luces engañosas. Para dirigirse a los niños, estas empresas emplean personajes de dibujos animados en envases de productos, colores llamativos, publicidad en programas infantiles, regalo de *merchandising* por su compra o promociones especiales.

La publicidad subliminal es aquella que emplea información destinada a seducir al consumidor, pero sin que esté la identifique como publicidad gracias a la sutileza con la que se encuentra la información o se realiza la persuasión (García-García y Ramón-Fernández, 2022). Existen numerosos ejemplos del uso de este tipo de publicidad en la industria alimentaria; un ejemplo es el que utilizó la marca de gominolas Haribo®, donde en el precinto del embalaje podían observarse unas frutas jugando entre ellas. También suele emplearse tácticas de camuflaje como, por ejemplo, el caso de la cadena KFC®, que en 2008 en el anuncio de un sándwich de la cadena, podía observarse un billete de un dólar camuflado entre la lechuga. También son numerosas las utilizaciones del sexo como reclamo, algo muy extendido en el caso de los helados de la marca Magnun®.

Además de la publicidad subliminal, nos encontramos con publicidad engañosa, que es aquella que directamente realiza afirmaciones engañosas, exageradas o falsas, sobre un determinado producto para que este resulte más atractivo. La marca Nutella®, con su famosa crema de avellanas y azúcar, fue sancionada con una multa de tres millones de euros por un anuncio en el que afirmaban que un bocadillo de Nutella® era un desayuno equilibrado y saludable para los niños. La empresa Coca-Cola® también ha sido multada en varias ocasiones, en una de ellas la marca afirmaba que las calorías que contenía una lata de Coca-Cola® se podían quemar bailando 10 minutos o riendo 75 segundos, algo que, obviamente, no es cierto.

Más novedosa es la táctica que emplean las empresas de la industria alimentaria de utilizar a *"influencers"* o referentes para los más pequeños para promocionar sus productos. La clave radica en que tienen una llamativa capacidad de comunicación con cierto tipo de consumidores. Lo logran creando contenidos específicos que impactan de manera contundente a quienes les siguen. Además, este tipo de *influencers* están presentes donde están los más jóvenes: en determinadas redes sociales o plataformas de *streaming*. Así, por ejemplo, tenemos a famosos influyentes de *YouTube*, como son Ibai o El Rubius, con millones de seguidores, promocionando productos como KitKat®, salchichas Oscar Mayer®, Donuts®, Prime®, Domino´s Pizza®, y un largo etcétera.

Todas estas técnicas publicitarias modelan los hábitos de consumo de las personas; al tratarse de un sector como el de la alimentación, aún resulta más peligroso si cabe, ya que afecta a la salud y va a influir negativamente en la calidad de vida de las personas.

3.2. PATROCINIO DE EVENTOS Y DEPORTES

Al igual que ocurrió en el pasado con el tabaco, las empresas alimentarias a menudo patrocinan eventos deportivos y musicales, puesto que son lugares donde la presencia de jóvenes suele ser mayor. Además, esto les permite, en el caso de los eventos deportivos, asociar sus productos con un estilo de vida activo y saludable, a pesar de que algunos de sus productos pueden ser altos en calorías, grasas o azúcares añadidos. En este año 2024, se celebrará el campeonato de fútbol UEFA EURO® en Alemania, y CocaCola® será su patrocinador mundial. Según datos de la propia empresa, solo en España, CocaCola® patrocina más de 12.000 eventos de carácter deportivo. La marca RedBull®, de bebidas energéticas, también es otro de los habituales patrocinadores de eventos deportivos, especialmente en deportes de motor, de riesgo y aventura.

Con este tipo de patrocinios, además de ligar sus productos con una imagen de salud y estilo de vida activo, se contribuye a la normalización del consumo de estos productos poco saludables. Por lo que la necesidad de regular estás prácticas es evidente.

3.3. DESARROLLO DE PRODUCTOS MÁS REFORZADORES

Algunas empresas manipulan deliberadamente la composición de sus productos para hacerlos más reforzadores (podría decirse más adictivos), utilizando combinaciones de sal, azúcar y grasas que estimulan el paladar y generan una respuesta de recompensa en el cerebro, lo que puede llevar a un consumo excesivo (Bouhlal et al., 2011; Greenberg y St Peter 2021; Monteiro et al., 2018).

Un claro ejemplo es el azúcar presente en las papillas de cereales destinadas a los bebés a partir de los 4 meses. Se podría pensar que, debido a que también se venden en centros sanitarios como son las farmacias, son productos muy sanos. Sin embargo, la evidencia nos dice todo lo contrario; la mayoría de estos productos concentran más de un 15%, e incluso de un 20%, de azúcar en su composición, una cantidad elevada si consideramos que por ración de 25 gramos tendremos casi 4 gramos de azúcar, lo que supone un aporte energético diario del doble de la recomendación que hace la OMS. Además, cabe recordar que la introducción de alimentos con elevado contenido de azúcar antes de los 6 meses representa el 92% de riesgo para el sobrepeso y obesidad en edades próximas (Arredondo, 2022).

La regulación en Occidente ha disminuido el contenido de azúcar de las leches infantiles, pero eso no se aplica en todos los países. En abril de 2024 se descubrió

un escándalo en el que Nestlé® vendía su leche infantil Cerelac® con 0 gramos de azúcar en Alemania y en el Reino Unido, pero con 6,0 gramos en Tailandia, 5,2 en Etiopía, 4,0 en Sudáfrica, 2,7 en Pakistán y 2,2 en India. Pasaba algo similar con su otra marca de referencia Nido® (Food Navigator, 2024; Gabarell et al., 2024; Public Eye, 2024).

3.4. TAMAÑO DE PORCIONES Y PRECIOS MÁS ASEQUIBLES PARA PRODUCTOS MENOS SALUDABLES

Las empresas a menudo ofrecen porciones grandes de sus productos a precios atractivos. Esto puede llevar a un consumo excesivo de calorías y contribuir al aumento de peso y la obesidad. Por otro lado, una práctica muy extendida hoy en día en los establecimientos de comida rápida es presentar las bebidas azucaradas, a un precio menor que el agua. Así, por ejemplo, en 2024 en la cadena Domino´s Pizza® puede encontrarse que la lata de RedBull® cuesta menos que una botella de agua, que existe promoción de 2x1 en CocaCola® o que si se pide un menú en su local (práctica extendida a casi todos los establecimientos de comida rápida), se puede reponer las veces que se quiera el vaso de bebidas azucaradas, pero no puede hacerse lo mismo quien se decante por el agua.

3.5. ESTRATEGIAS EN EL ETIQUETADO Y USO DE *HEALTH CLAIMS*

Algunas empresas utilizan etiquetas engañosas o afirmaciones de salud que pueden confundir a los consumidores sobre el contenido nutricional real de los productos. Por ejemplo, pueden hacer afirmaciones como “bajo en grasa”, “rico en vitamina C” “sin azúcares añadidos” “sin aceite de palma”, mientras que el producto puede seguir siendo alto en calorías o contener edulcorantes artificiales. A estos mensajes engañosos que sugieren que existe una relación entre el consumo de un alimento (o un componente de este) y un beneficio para la salud o una disminución del riesgo de una condición de salud específica se les denomina “*health claims*” (Iglesias, 2023; OMS, 2022), que podría traducirse como “alegaciones o declaraciones de producto saludable”. Pueden aparecer tanto en el etiquetado del producto, como en su publicidad, o incluso, en algunos casos, en documentos técnicos de venta.

Otras tácticas que están usando las empresas de esta industria es aprovecharse de las deficiencias presentes en sistemas voluntarios de información nutricional en alimentos, como ocurre en el caso de la escala *Nutri-Score*, que funciona a modo de semáforo para informar del valor nutricional a los consumidores (esta herramienta se desarrolla más minuciosamente en el siguiente apartado). Con el uso de esta herra-

mienta, de uso voluntario, y que no tiene en cuenta el nivel de procesamiento de los alimentos, se pueden encontrar situaciones surrealistas como, por ejemplo, un valor bajo para el aceite de oliva virgen extra inferior al de un alimento ultra procesado como Chocapics®, que en *Nutri-Score* tiene una calificación A). Además, el algoritmo permite que la puntuación en *Nutri-Score* mejore añadiendo determinados productos (por ejemplo, la avena), aunque el porcentaje añadido sea ínfimo. Esta situación de deficiencia en el algoritmo de la herramienta *Nutri-Score* y la falta de obligatoriedad en su uso están siendo muy bien aprovechados por la industria para promocionar sus productos menos saludables.

Nuevamente estas técnicas pasan más desapercibidas para las clases socioeconómicas más deprimidas y vulnerables, que habitualmente son las más perjudicadas por la falta de regulación adecuada.

3.6. ALIANZAS CON SOCIEDADES CIENTÍFICAS

Si hay una enseñanza clara y evidente que se ha podido sacar de la lucha durante años contra el tabaquismo, es que no puede ser parte de la solución quien es parte del problema. Es por ello que las empresas productoras de alimentos no saludables no deberían tener acuerdos, ni realizar patrocinios ni colaboraciones con sociedades científicas cuyo fin choca con los intereses comerciales de esas empresas.

Resulta incomprensible, por ejemplo, las imágenes de hace una década de representantes de la Sociedad Española de Arterioesclerosis (SEA), firmando un acuerdo de colaboración con la empresa Panrico® (Donuts) para promover estilos de vida saludables o la colaboración de la Asociación Española de Pediatría con Nestlé® y Artiach® (Rodriguez, 2016).

3.7. INFLUENCIA EN LA INVESTIGACIÓN Y LA POLÍTICA

Un estudio de Steele et al. (2020) muestra cómo CocaCola® utiliza acuerdos contractuales con universidades americanas para influir en la investigación de salud pública. En él se explica cómo la empresa utiliza contratos diseñados al detalle donde, por ejemplo, se especifica que la compañía de bebidas puede finalizar los estudios en cualquier momento y por cualquier motivo; de manera que la empresa tiene la capacidad de desechar los resultados desfavorables durante una investigación, como por ejemplo los estudios que relacionan el consumo de bebidas azucaradas con la obesidad.

Esta empresa es un caso especialmente llamativo, pero no es una excepción. Las grandes empresas alimentarias a menudo tienen una influencia significativa en la investigación científica y en las políticas alimentarias, ya que pueden financiar estudios que respalden sus productos o intereses comerciales, fulminar aquellos que se antepongan a sus intereses, así como ejercer presión política para evitar regulaciones que podrían limitar sus ganancias.

Por todo ello queda claro que las universidades y demás centros de investigación científica deben rechazar una gran parte de los patrocinios por parte de estas industrias, ya que, en muchas ocasiones, sus intereses espurios pueden chocar drásticamente con el interés de la comunidad científica.

Al igual que debe ocurrir con el tabaco, también deberíamos exigirles a nuestros responsables políticos la no interferencia de la industria alimentaria a la hora de legislar y regular en pro de una vida más saludable. También deberían de ser de obligada comunicación todos aquellos contactos o reuniones que mantengan nuestros mandatarios con personal de estas empresas.

3.8. SIMILITUDES Y DIFERENCIAS CON OTRAS INDUSTRIAS

Las tácticas empleadas por la industria alimentaria, la del tabaco y la del alcohol comparten algunas similitudes, pero también presentan diferencias significativas.

Como semejanzas hay que destacar están la del *marketing* dirigido, la del patrocinio de eventos y actividades, la influencia en la investigación y políticas, y el desarrollo de productos adictivos. Las tres industrias han sido acusadas de desarrollar productos con ingredientes adictivos o que generan dependencia, lo que puede llevar a un consumo excesivo y a problemas de salud.

Como diferencias hay que destacar que mientras que el tabaco y el alcohol están directamente relacionados con una serie de enfermedades graves, como el cáncer, las enfermedades cardiovasculares y la adicción, los efectos para la salud de los productos alimentarios pueden variar ampliamente dependiendo de su contenido nutricional y de cómo se consuman.

La regulación es también distinta: el tabaco y el alcohol están sujetos a regulaciones más estrictas en muchos países, incluyendo restricciones en la publicidad, el etiquetado y la disponibilidad. Aunque la industria alimentaria también está regulada,

las restricciones pueden ser menos estrictas y su aplicación puede variar. La accesibilidad para tabaco y alcohol es menor y está sujeta a más restricciones.

Los perjuicios ocasionados por las industrias del tabaco y del alcohol fueron descubiertos con anterioridad. No fue hasta 2013 cuando la Directora de la OMS, Margaret Chan, hizo extensible a la industria alimentaria lo que antes solo se aplicaba a otras industrias: "la salud pública debe enfrentarse a la gran industria de alimentos y a la gran industria de refrescos… Estas industrias odian las regulaciones y se protegen usando las mismas tácticas… El poder del mercado se transforma en poder político. Pocos gobiernos dan prioridad a la salud sobre las grandes empresas" (10 de junio de 2013, en Finlandia).

4. ESTRATEGIAS DE CONTROL DE LA OBESIDAD

La experiencia acumulada en otros determinantes comerciales de salud, como el tabaco, ha servido para identificar elementos clave para el control de la industria alimentaria y estrategias para afrontar los otros condicionamientos culturales.

4.1. PREVENCIÓN Y CONTROL

Los cambios en la alimentación mundial, así como la falta de actividad física y el sedentarismo son los principales causantes de la pandemia de la obesidad.

En la 75ª Asamblea Mundial de la Salud (OMS, 2022), los estados miembros adoptaron un plan mundial de la OMS con el objetivo de frenar el aumento de esta pandemia mundial con el que se prestará apoyo a las medidas que se tomen en los países hasta 2030 (OMS, 2022). Hasta el momento son 31 los países que han decidido aplicar este plan. Tal y como figura en la web de la OMS, estas son las principales intervenciones recomendadas (OMS, 2023):

- Promoción, protección y apoyo a la lactancia materna.
- Legislación sobre las prácticas comerciales dirigidas a niños, tanto de alimentos como de bebidas.

- Políticas relacionadas con la alimentación y la nutrición, tanto en el entorno escolar como en las inmediaciones de los centros, que incluyen, entre otros, la regulación de la venta de productos ricos en grasa, sal y azúcares.
- Políticas fiscales y de precios para fomentar la alimentación saludable.
- Políticas sobre el etiquetado nutricional.
- Realización de campañas de sensibilización y formación para la población relativas al ejercicio y la alimentación saludable.
- Normas aplicables a la actividad física en las escuelas.
- Integración de los servicios de prevención y control de la obesidad en la atención primaria.

4.1.1. Enfoque económico, el control del precio

La teoría económica establece que, si se aumenta el precio de un producto, la demanda de este tiende a disminuir. En el caso del tabaco, esto es apreciable especialmente en dos tipos de poblaciones, en jóvenes y en aquellas personas con menor disponibilidad económica, por lo que suele ser una medida de mayor impacto en países de ingresos bajos y medios.

La regulación económica en el campo de la alimentación exige una cautela diferente que con el tabaco, puesto que es esencial para la vida. Una de estas medidas, puede ser el impuesto a las bebidas azucaradas, también conocido como *sugar-sweetened beverages taxes*. La OMS, en 2016, decidió lanzar una recomendación, en la que advierte que las políticas que promocionen el aumento de un 20% el precio de venta al consumidor final de las bebidas azucaradas, podrían reducir de una forma proporcional su consumo. A nivel mundial un total de 108 países gravan algún tipo de bebida azucarada; por término medio, el impuesto especial, un impuesto designado para un producto de consumo específico, representa sólo el 6,6% del precio de dichas bebidas.

En España, no existe a nivel estatal un gravamen específico para bebidas azucaradas, pero en 2021 se produjo un cambio en el IVA de éstas, pasando de un 10% a un 21%. Debido a ello, las empresas transmitieron más de un 90% del mismo a los precios finales de quienes las consumían.

Diferentes estudios muestran la efectividad de esta medida. Así, en el estudio de Martínez-Jorge (2022), se aprecia una caída en el consumo tras la aplicación de esta medida de un 12% en los hogares con menos ingresos. En Cataluña, en el 2017 se introdujo un impuesto específico para las bebidas azucaradas, similar al del Reino Unido, donde se grava el azúcar añadido con 0,8 euros por cada 100 ml para las bebidas que tienen 5-8 gramos de azúcar por 100 ml., y con 0,12 euros por cada 100 ml para las que tienen mayor contenido de azúcar. Se recauda por parte de los vendedores, a los que se obliga a trasladar al precio el 100% del impuesto. Los precios aumentaron de media alrededor del 15%. Existen varios estudios que muestran los efectos de esta medida; en el de Royo-Bordonada et al. (2022) basado en encuestas a 12.500 personas que se hicieron un mes antes y un año después de la entrada en vigor del impuesto, mostró que el porcentaje de consumidores habituales de refrescos azucarados cayó un 39%, debido principalmente al precio, y que no se produjo efecto sustitución. En otro estudio, se utilizaron datos agregados semanalmente del consumo de colas y agua de una cadena de supermercados (10% de la tasa de mercado global de alimentación) y se observó una reducción de ventas del 7,7% (Vall y López-Casasnovas, 2020).

4.1.2. Control del etiquetado

Una de las herramientas de las que dispone la salud pública para promover dietas saludables es el etiquetado nutricional. Desde diciembre de 2016, y según el marco legislativo de la Unión Europea, se establece la obligatoriedad de incluir la información nutricional de los alimentos que, generalmente, se hace en forma de tabla. Sin embargo, dicha información no es habitualmente bien comprendida por la población -algo que afecta, como casi siempre, a las capas más desfavorecidas de nuestra sociedad, a los colectivos más vulnerables- y su impacto no ha sido el esperado. En dicho reglamento se contempla la posibilidad de presentar, de forma voluntaria, información nutricional mediante otras formas adicionales, como por ejemplo las formas de expresión adicionales en el frontal de los envases (*Front of Pack Labelling, FOPL o etiquetado frontal)*. *Nutri-Score* es un modelo de etiquetado nutricional voluntario. Consiste en un logo basado en una escala de 5 colores a modo de semáforo, de verde oscuro a naranja oscuro, asociados a cinco letras, de la A a la E. De esa manera se reflejan de manera gradual, de mayor (letra A y color verde) a menor (letra E y color naranja fuerte), la calidad nutricional global de los alimentos (Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición [AESAN], 2023).

Pese a que hay numerosos estudios que avalan el uso de *Nutri-Score* y que observan una relación entre una peor puntuación en el algoritmo y un mayor riesgo de

mortalidad prematura (Donat et al., 2021; Galán et al., 2021; Gómez-Donoso, Martínez-González, Bes-Rastrollo, 2021), existe una controversia en la comunidad científica debido a sus limitaciones; por ejemplo, en las relativas a los alimentos integrales, los edulcorantes, cantidad de ingredientes y uso de aditivos (Pozo-García, 2021). También se dan situaciones como la citada del aceite de oliva virgen extra, ya que el *Nutri-Score*, no tiene en cuenta el nivel de ultra procesamiento (Gómez-Donoso, Martínez-González, Pérez-Cornago, et al., 2021). Este hecho es algo que está utilizando la industria alimentaria para promocionar sus productos ultraprocesados, haciendo creer a la población de que son una buena opción para su dieta cuando la evidencia muestra que no es así. Numerosos profesionales han pedido la modificación del algoritmo del *Nutri-Score*, incluso el cambio por otra forma de FOPL (Pérez-Armijo, 2022).

Debido a estas deficiencias se está trabajando en un nuevo algoritmo de *Nutri-Score*. Desde el 1 de enero de 2024 es aplicable un nuevo algoritmo de cálculo y se ha establecido un plazo transitorio de dos años para actualizar la clasificación de los productos que estuviesen en el mercado antes de esa fecha (AESAN, 2023). Pero mientras no sea obligatorio este nuevo algoritmo, ni el uso de *Nutri-Score* a todos los alimentos, ciertas empresas pertenecientes a la industria alimentaria seguirán ganando tiempo y lucrándose, promoviendo productos y hábitos alimentarios perjudiciales para la salud.

4.1.3. Control de la publicidad dirigida a menores

Una de las tácticas empleadas por la industria de la alimentación es la publicidad y *marketing* de productos no saludables, pero con alto atractivo para la población debido a su alto grado de palatabilidad, especialmente dirigida a niños y adolescentes. La publicidad de alimentos no regulada, la alta disponibilidad y bajos precios de alimentos no saludables son factores ambientales que determinan la ingesta y el gasto energético y que contribuyen al incremento de la prevalencia de obesidad infantil (Franco et al., 2010). La publicidad alimentaria, en su mayor parte de alimentos y bebidas no saludables, influye en las preferencias alimentarias, los hábitos de compra, peticiones a sus familiares, y los patrones de consumo alimentario de los menores (Royo et al., 2019). Además, como ya se ha mencionado, en edades tempranas no son capaces de identificar que están ante un contexto comercial (Carter et al., 2011).

La publicidad alimentaria en España dirigida a menores está regulada por un acuerdo de corregulación entre la Administración y las industrias alimentaria y de la publicidad (Código PAOS). Dicho acuerdo presenta ciertas carencias que lo hacen

inservible; por ejemplo, deja fuera a las televisiones generalistas, no tienen en cuenta el perfil nutricional de los productos anunciados, ni regula su frecuencia de exposición (Royo-Bordonada et al., 2019).

Con la evidencia disponible a través de la experiencia de otros países, se pone de manifiesto que los sistemas de autorregulación y corregulación de publicidad alimentaria resultan ineficaces (Kovic et al., 2018). Es por ello por lo que se hace necesario el uso de políticas de salud pública que regulen este aspecto, con normas de rango legal, que afecten a todos los medios publicitarios a los que tienen acceso los menores en horario infantil (como cine, televisión, videojuegos, Internet, etc.).

Además, debe regularse el patrocinio de congresos y eventos deportivos, implementar prohibición del *marketing* promocional de alimentos no saludables o del pago a jóvenes influyentes en redes sociales para la promoción de alimentos y bebidas no saludables. También conviene regular el uso de alianzas entre asociaciones, corporaciones o instituciones con la industria para promover o publicitar de manera indirecta dichos productos. En definitiva, se necesitan medidas de regulación amparadas por la ley que estén presentes en todos los escenarios en los que los menores puedan estar presentes.

Cabe destacar que, en el año 2022, el Ministerio de Consumo presentó un borrador de Real Decreto para regular la publicidad de alimentos y bebidas dirigida a niños. Este Real Decreto no salió adelante por la oposición de las industrias alimentaria, de la publicidad y de deportes como el fútbol, con el apoyo del Ministerio de Agricultura, que se mostró partidario de la autorregulación pese a que la evidencia científica demuestra que la autorregulación carece de eficacia para proteger a niños y adolescentes de la exposición a publicidad de alimentos y bebidas no saludables.

4.2. MEDIDAS SOCIALES Y AMBIENTALES

Los patrones de alimentación y actividad física de las personas son en gran medida el resultado de condiciones sociales y ambientales que limitan ampliamente las decisiones personales. La obesidad es más una responsabilidad social que individual, y las soluciones pasarán por crear unos entornos y comunidades propicios en los que hagan de la alimentación saludable y la actividad física regular los comportamientos más accesibles, disponibles y asequibles de la vida cotidiana. Detener el aumento de la obesidad exige medidas multisectoriales, relacionadas, por ejemplo, con la fabricación, la comercialización y la fijación de los precios de los alimentos, y otras

que traten de abordar los determinantes sociales de la salud en sentido más amplio (como la reducción de la pobreza y la planificación urbana).

4.3. ACUERDOS DE REFORMULACIÓN CON LA INDUSTRIA ALIMENTARIA

La industria alimentaria puede desempeñar un papel importante en la promoción de una dieta saludable de diferentes maneras. Una de ellas es mediante la reformulación de sus productos, reduciendo el contenido en grasas, azúcar y sal de los alimentos procesados, pero manteniendo su textura y sabor para que sea aceptado por los consumidores. La importancia de esta medida radica además en que actúa independientemente de los conocimientos nutricionales de la población tal y como explican Royo-Bordonada et al., (2020), por lo que también actúa disminuyendo las desigualdades en salud, ya que las clases más desfavorecidas también se pueden beneficiar de ello. Estos mismos autores afirman que es una medida coste-efectiva que mejora la ingesta alimentaria y reduce el riesgo cardiovascular. Para que esta reformulación sea efectiva debe cumplir una serie de requisitos, entre ellos: que sea obligatoria, que afecte a todos los productos de una misma categoría o que los cambios de composición se hagan paulatinamente y que no afecten sustancialmente al sabor para que puedan ser aceptados por los consumidores.

La industria también puede contribuir al descenso de la pandemia de la obesidad garantizando la disponibilidad de alimentos saludables y apoyando la práctica de actividad física de manera regular.

4.4. EDUCACIÓN ALIMENTARIA DESDE EDADES TEMPRANAS

Las intervenciones educativas centradas en alimentación saludable y la realización de actividad física, ayudan a la mejora y adquisición de hábitos saludables, aumentando el consumo de fruta y verdura, disminuyendo el consumo bebidas azucaradas y de otros productos poco saludables y provocando un aumento en la realización de actividad física de los niños. Además, parece existir cierta evidencia de que pueden ser útiles en la disminución del IMC de los niños o en la prevención de la obesidad infantil (Llosa et al., 2020).

Cabe señalar que la mayor parte de las intervenciones educativas en el ámbito escolar suelen ser combinadas sobre nutrición y actividad física, con actividades incluidas en el currículo y la participación de los padres. No son siempre adecuadamente evaluadas, por lo que es necesario estudiar qué intervenciones educativas pueden ser las más efectivas y cuál debería de ser su duración ideal.

4.5. ABORDAJE POR PARTE DEL INDIVIDUO.

A nivel individual, las personas pueden intervenir en la prevención de la obesidad, y en la reducción del riesgo de padecerla, adoptando una serie de medidas adecuadas a cada momento del ciclo vital, antes incluso de la concepción. Estas medidas incluyen:

- Mantener un peso adecuado durante el embarazo, cuidando la alimentación y practicando deporte de manera moderada y adecuada al estado gestacional (Gallo-Galán et al., 2023).
- Practicar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses del bebé, y continuar con la lactancia hasta los 24 meses o más (Aguilar et al., 2016).
- Fomentar un vínculo de apego seguro. La presencia de un vínculo de apego inseguro entre los niños y sus cuidadores principales están relacionados con un aumento de la obesidad (Díaz y Gómez, 2022).
- Promover entre los niños una serie de comportamientos en torno a cuestiones como la alimentación saludable, la actividad física, las conductas sedentarias y el sueño, independientemente de su peso actual.
- Evitar premiar o consolar con alimentos, especialmente con golosinas, bollería industrial, etc. (Angulo et al., 2023).
- Limitar el tiempo que se pasa frente a las pantallas.
- Limitar el consumo de bebidas endulzadas con azúcar y alimentos de alto contenido calórico y promover otros hábitos alimentarios saludables.
- Realizar 4-5 comidas al día y evitar el picoteo.
- Limitar la ingesta calórica de grasas saturadas y azúcar y aumentar el consumo de frutas y verduras, así como de legumbres, cereales integrales y frutos secos.
- Beber agua en abundancia.
- Realizar actividad física con regularidad.
- Realizar una buena higiene del sueño.
- Mantener una buena autorregulación emocional (Selva y Navarro, 2021).

4.6. INTERVENCIÓN Y MANEJO CLÍNICO

Los profesionales sanitarios deben siempre, puesto que son referentes para la ciudadanía, intentar fomentar un estilo de vida saludable entre la población. Además, deben facilitar a las personas que acuda a sus centros de trabajo, asesoramiento sobre alimentación saludable y hábitos de vida que contribuyan a un adecuado mantenimiento de su estado de salud. Todo ello en pro de prevenir el sobrepeso y la obesidad, así como otras enfermedades relacionadas con la alimentación.

Desde un punto de vista terapéutico, el abordaje farmacológico de la obesidad para haber sufrido una gran revolución desde 2022 por la comercialización de fármacos agonistas de los receptores GLP-1 (*glucagón-like peptide 1*), como son la la semaglutida y la liraglutida, medicamentos originalmente desarrollados para el tratamiento de la diabetes tipo II, pero que se ha visto que pueden producir disminución de peso (Keedy y Bland, 2024).

El descenso de peso que se observa al utilizar estos tratamientos (Montalván et al., 2022) no ha pasado desapercibido para los medios de comunicación y redes sociales, siendo en la actualidad, no solo un fenómeno médico, sino propiamente social. La presencia de noticias relacionadas con estos fármacos es constante en informativos y diferentes medios de comunicación. Y también en redes sociales, llegándose a situaciones como la de su recomendación por parte de *influencers* en redes sociales como Instagram, donde la presencia de menores de edad es muy alta. Cabe señalar, además, que en España está prohibida la publicidad de medicamentos sujetos a prescripción médica, como es en este caso. Deben también tenerse en cuenta los intereses creados por diferentes industrias para abordar esta problemática.

La evidencia científica muestra que los abordajes individuales que hasta ahora han sido predominantes para afrontar la pandemia de la obesidad y los otros problemas de salud asociados con una nutrición deficiente ofrecen mejores resultados cuando se consigue desnormalizar en la sociedad las actitudes (promovidas) que los facilitan (OMS, 2023). Por ello, estos abordajes individuales o clínicos, aunque siguen siendo necesarios, deben enmarcarse en una estrategia de control de salud pública de carácter global, amparada por una legislación fuerte y eficaz, que pueda ir a las raíces del problema.

REFERENCIAS

Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición [AESAN] (2024). Información sobre el modelo Nutri-Score. https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/web/para_el_consumidor/seccion/informacion_Nutri_Score.htm

Aguilar-Cordero, M. J., Baena García, L., y Sánchez-López, A. M. (2016). Obesidad durante el embarazo y su influencia en el sobrepeso en la edad infantil. *Nutrición Hospitalaria*, *33*(Supl. 5), 18-23. https://doi.org/10.20960/nh.516

Angulo Moreno, M. E., Cansino, Á., del Pino, Á., de la Huerga, S. y Rodríguez, C. R. (2023). *Abordaje a la Obesidad Infantil y Juvenil en Canarias. Prevención Cardiovascular desde la Infancia*. Gobierno de Canarias. https://accedacris.ulpgc.es/bitstream/10553/129207/1/abordaje_obesidad_infantil.pdf

Aranceta-Bartrina, J., Pérez-Rodrigo, C., Alberdi-Aresti, G., Ramos-Carrera, N., y Lázaro-Masedo, S. (2016). Prevalencia de obesidad general y obesidad abdominal en la población adulta española (25–64 años) 2014–2015: estudio ENPE. *Revista española de cardiología*, *69*(6), 579-587. https://doi.org/10.1016/j.recesp.2016.02.010

Arredondo, A., Lugo, O. B. R., Orozco, E., y Torres-Rosa, C. P. (2022). Prácticas de lactancia y alimentación en el primer año de vida y su asociación con sobrepeso y obesidad de niños en México. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, *21*, 1109-1118. https://doi.org/10.1590/1806-93042021000400009

Blüher M. (2019). Obesity: global epidemiology and pathogenesis. *Nature reviews. Endocrinology*, *15*(5), 288–298. https://doi.org/10.1038/s41574-019-0176-8

Bouhlal, S., Issanchou, S., y Nicklaus, S. (2011). The impact of salt, fat, and sugar levels on toddler food intake. *British Journal of Nutrition*, *105*(4), 645-53. https://doi.org/10.1017/S0007114510003752

Camarelles, F. (2023). *La ilusión de la elección de los alimentos que comemos. Por qué alguien ya decidió que comerás en el almuerzo*. Blog Salud y Prevención https://educacionpapps.blogspot.com/2023/10/la-ilusion-de-la-eleccion-de-los.html

Camarelles, F. (2023). ¿Podrán los nuevos fármacos frenar la epidemia mundial de la obesidad y el sobrepeso? *Atención Primaria, 55*(1), 102518. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102518

Carrasquilla, G. D., García-Ureña, M., Romero-Lado, M. J. y Kilpeläinen, T. O. (2024). Estimating causality between smoking and abdominal obesity by Mendelian randomization. *Addiction, 20*. https://doi.org/10.1111/add.16454

Carter, O. B., Patterson, L. J., Donovan, R. J., Ewing, M. T., y Roberts, C. M. (2011). Children's understanding of the selling versus persuasive intent of junk food advertising: Implications for regulation. *Social science & medicine*, *72*(6), 962-968. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.01.018

Degenhardt, L., Charlson, F., Ferrari, A., Santomauro, D., Erskine, H., Mantilla-Herrara, A., Whiteford, H., Leung, J., Naghavi, M., Griswold, M., Rehm, J., Hall, W., Sartorius, B., Scott, J., Vollset,

S. E., Knudsen, A. K., Haro, J. M., Patton, G., Kopec, J., … Vos, T. (2018). The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and territories, 1990–2016: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *The Lancet. Psychiatry*, *5*(12), 987–1012. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30337-7

Diaz Chantre, A. M., y Gómez Gómez, N. (2022). *Autorregulación emocional, estilos de apego y obesidad. Una revisión narrativa del estado del arte* (Bachelor's thesis, Psicología-Virtual). https://alejandria.poligran.edu.co/bitstream/handle/10823/6899/Autorregulaci%C3%B3n%20emocional%2C%20estilos%20de%20apego%20y%20obesidad..pdf?sequence=2yisAllowed=y

Díaz Ramírez, G., Souto-Gallardo, M. C., Bacardí Gascón, M., y Jiménez-Cruz, A. (2011). Efecto de la publicidad de alimentos anunciados en la televisión sobre la preferencia y el consumo de alimentos: revisión sistemática. *Nutrición Hospitalaria*, *26*(6), 1250-1255. https://doi.org/10.3305/nh.2011.26.6.5273

Donat-Vargas, C., Sandoval-Insausti, H., Rey-García, J., Banegas, J. R., Rodríguez-Artalejo, F., y Guallar-Castillón, P. (2021). Etiquetado Nutri-Score de cinco colores y riesgo de mortalidad en una cohorte poblacional nacional en España: el Estudio sobre Nutrición y Riesgo Cardiovascular en España (ENRICA). *Revista Americana de Nutrición Clínica*, *113*(5), 1301-1311. https://doi.org/10.23938/assn.0943

Franco, M., Sanz, B., Otero, L., Domínguez-Vila, A., y Caballero, B. (2010). Prevención de la obesidad infantil en España: un enfoque de políticas fuera del sector sanitario. Informe SESPAS 2010. *Gaceta Sanitaria*, *24*, 49-55. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.09.014

Food Navigator (2024). *Nestlé accused of adding sugar to baby food in lower income countries*. https://www.foodnavigator.com/Article/2024/04/18/nestle-accused-of-adding-sugar-to-baby-food-in-lower-income-countries

Franzago, M., Santurbano, D., Vitacolonna, E., y Stuppia, L. (2020). Genes and Diet in the Prevention of Chronic Diseases in Future Generations. *International journal of molecular sciences*, *21*(7), 2633. https://doi.org/10.3390/ijms21072633

Gabarell, L., Abebe, M., Rundall, P. (2024). *Cómo Nestlé convierte a los niños en adictos al azúcar en los países de renta más baja. Public Eye*. https://stories.publiceye.ch/nestle-babies/

Galán, P., Kesse, E., Touvier, M., Deschasaux, M., Srour, B., Chazelas, E., Baudry, J., Fialon, M., Chantal, J., y Hercberg, S. (2021). Nutri-Score y ultra-procesamiento: dos dimensiones diferentes, complementarias y no contradictorias. *Nutrición Hospitalaria*, *38*(1), 201-206. https://doi.org/10.20960/nh.03483

Gallo-Galán, L. M., Gallo-Vallejo, M. Á., y Gallo-Vallejo, J. L. (2023). Recomendaciones prácticas sobre ejercicio físico durante el embarazo basadas en las principales guías de práctica clínica. *Atención primaria*, *55*(3), 102553. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102553

García-García, C., y Ramón-Fernández, F. (2022). Publicidad engañosa, subliminal y etiquetado confuso: medidas para la protección del consumidor en la legislación española. *Estudios sociales. Revista de alimentación contemporánea y desarrollo regional*, *32*(59). https://doi.org/10.24836/es.v32i59.1174

Gómez-Donoso, C., Martínez-González, M. A., y Bes-Rastrollo, M. (2021). Nutri-Score, alimentos ultraprocesados y salud Nutri-Score, ultra-processed foods and health. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, *44*(1), 5-8. https://doi.org/10.23938/assn.0943

Gómez-Donoso, C., Martínez-González, M. Á., Perez-Cornago, A., Sayón-Orea, C., Martínez, J. A., y Bes-Rastrollo, M. (2021). Association between the nutrient profile system underpinning the Nutri-Score front-of-pack nutrition label and mortality in the SUN project: A prospective cohort study. *Clinical nutrition*, *40*(3), 1085-1094. https://doi.org/10.1016/j.clnu.2020.07.008

Greenberg, D., y St Peter, J. V. (2021). Sugars and Sweet Taste: Addictive or Rewarding? *International Journal of Environmental Research - Public Health*, *18*(18), 9791. https://doi.org/10.3390/ijerph18189791

Iglesias Guerrero, J. (2023). Alimentación saludable: productos y etiquetados. [Trabajo Fin de Grado, Universidad Pontificia de Comillas] https://repositorio.comillas.edu/xmlui/bitstream/handle/11531/71334/TFG%20-%20Iglesias%20Guerrero%2c%20Jorge.pdf?sequence=-1yisAllowed=y

Kaufer-Horwitz, M., y Pérez Hernández, J. F. (2022). La obesidad: aspectos fisiopatológicos y clínicos. *Inter disciplina*, *10*(26), 147-175. https://doi.org/10.22201/ceiich.24485705e.2022.26.80973

Keedy, C. A., y Bland, C. M. (2024). Glucagon-like peptide 1 agonists for type 2 diabetes, weight loss, or both? *Journal of the American Academy of Physicians Associates*, *37*(5), 12-14. https://doi.org/10.1097/01.JAA.0000000000000017

Kovic, Y., Noel, J. K., Ungemack, J. A., y Burleson, J. A. (2018). The impact of junk food marketing regulations on food sales: an ecological study. *Obesity reviews : an official journal of the International Association for the Study of Obesity*, *19*(6), 761–769. https://doi.org/10.1111/obr.12678

Leggio, L., Hendershot, C. S., Farokhnia, M., Fink-Jensen, A., Klausen, M. K., Schacht, J. P., y Simmons, W. K. (2023). GLP-1 receptor agonists are promising but unproven treatments for alcohol and substance use disorders. *Nature Medicine*, *29*(12), 2993-2995. https://doi.org/10.1038/s41591-023-02634-8

Lemieux, I., y Després, J. P. (2020). Metabolic Syndrome: Past, Present and Future. *Nutrients*, *12*(11), 3501. https://doi.org/10.3390/nu12113501

Llosa Villa, M., Pérez Rivera, F. J., y Andina Díaz, E. (2020). Intervenciones educativas sobre nutrición y actividad física en niños de Educación Primaria: Una revisión sistemática. *Enfermería Global, 19*(59), 547-581. https://doi.org/10.6018/eglobal.380041

Martínez-Jorge, Á. (2022). *Efectos de los impuestos ad valorem sobre el precio y consumo de bebidas azucaradas: evidencia para España*. [Trabajo Fin de Master, Universidad de Alcalá]. https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/53710/TFM_Martinez_Jorge_2022.pdf?sequence=1yisAllowed=y

Montalván, D. E. A., Fuenmayor, C. F. P., y Benavides, R. E. O. (2022). Relación entre el fármaco semaglutida y la reducción de peso en pacientes con obesidad: una revisión sistemática. *Vive Revista de Salud*, *5*(15), 698-714. https://doi.org/10.33996/revistavive.v5i15.181

Monteiro, C. A., Cannon, G., Moubarac, J. C., Levy, R. B., Louzada, M. L. C., y Jaime, P. C. (2018). The UN Decade of Nutrition, the NOVA food classification and the trouble with ultra-processing. *Public Health Nutr*, *21*(1), 5-17. https://doi.org/10.1017/S1368980017000234

Okunogbe, A., Nugent, R., Spencer, G., Powis, J., Ralston, J., y Wilding, J. (2022). Economic impacts of overweight and obesity: current and future estimates for 161 countries. *BMJ Glob Health*, *7*(9), e009773. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009773

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2022). *The World Obesity Federation (World Obesity). STOP Project and WHO publish six new briefings.* https://www.worldobesity.org/news/publication-of-who-briefings

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2023*). WHO acceleration plan to stop obesity.* https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/370281/9789240075634-eng.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2024). *Obesidad y sobrepeso, datos y cifras*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

Pérez-Armijo, P., Echevarría-Orellana, E., Durán-Agüero, S., Abecia-Inchaurregui, L. C., Russo-lillo-Femenías, G., y Almendra-Pegueros, R. (2022). Percepción de Dietistas-Nutricionistas sobre la implementación del etiquetado Nutri-Score en España. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, *26*, 47-48.

Pozo García, A. (2021). *Nutri-Score como herramienta para la educación alimentaria de los consumidores españoles. Análisis de su aplicación en los productos procesados más consumidos* [Trabajo de Fin de Grado, Universidad de Valladolid]. https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/48169/TFG-M-N2372.pdf?sequence=1yisAllowed=y

Public Eye (2024). *Sugar: for Nestlé, not all babies are equal.* https://www.publiceye.ch/en/media-corner/press-releases/detail/sugar-for-nestle-not-all-babies-are-equal

Put change on the menu (2023). *The illusion of choice: Why someone already decided what you will eat for lunch.* https://www.beuc.eu/sites/default/files/publications/BEUC-X-2023-080_The_illusion_of_choice_report.pdf

Rehm, J., y Shield, K. D. (2019). Global burden of disease and the impact of mental and addictive disorders. *Current Psychiatry Reports*, *21*(2), article 10. https://doi.org/10.1007/s11920-019-0997-0

Romaguera M. (2021). *Alimentación, Actividad física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España (ALADINO 2019)*. Blog Salud y Prevención PAPPS. https://educacionpapps.blogspot.com/2021/01/alimentacion-actividad-fisica.html

Rodriguez, S. (2016). La Organización Médica Colegial critica que marcas como Nestlé o Dodot se beneficien de avales médicos. Infolibre. https://www.infolibre.es/politica/organizacion-medica-colegial-critica-marcas-nestle-dodot-beneficien-avales-medicos_1_1122667.html

Royo-Bordonada, M. Á., Fernández-Escobar, C., Gil-Bellosta, C. J., Y Ordaz, E. (2022). Effect of excise tax on sugar-sweetened beverages in Catalonia, Spain, three and a half years after its introduction. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, *19*(1), 24. https://doi.org/10.1186/s12966-022-01262-8

Royo-Bordonada, M. Á., Rodríguez-Artalejo, F., Bes-Rastrollo, M., Fernández-Escobar, C., González, C. A., Rivas, F., Martínez-González, M. Á., Quiles, J., Bueno-Cavanillas, A., Navarrete-Muñoz, E. M., Navarro, C., López-García, E., Romaguera, D., Morales Suárez-Varela, M., Vioque, J., y en nombre del Grupo de Nutrición de la Sociedad Española de Epidemiología (2019). Políticas alimentarias para prevenir la obesidad y las principales enfermedades no transmisibles en España: querer es poder. *Gaceta sanitaria, 33*(6), 584–592. https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.05.009

Selva, J. M. M., y Navarro, J. P. S. (2021). Regulación emocional y obesidad: un enfoque psicobiológico. *Journal of Behavior and Feeding*, *1*(1), 26-38. https://doi.org/10.32870/jbf.v1i1.13

Sepúlveda Fonseca, J. D., y Quintero Farías, R. A. (2016). Obesidad y cáncer: fisiopatología y evidencia epidemiológica. *Revista Médica de Risaralda*, *22*(2), 91-97. https://doi.org/10.22517/25395203.11581

Southney, F. (2024). *Nestle acusada de añadir azúcar a los alimentos infantiles en países de bajos ingresos. Food Navigator*. https://www.foodnavigator.com/Article/2024/04/18/nestle-accused-of-adding-sugar-to-baby-food-in-lower-income-countries

Steele, S., Ruskin, G., McKee, M., y Stuckler, D. (2019). "Always read the small print": a case study of commercial research funding, disclosure and agreements with Coca-Cola. *Journal of Public Health Policy*, *40*(3), 273–285. https://doi.org/10.1057/s41271-019-00170-9

Swinburn, B. A., Kraak, V. I., Allender, S., Atkins, V. J., Baker, P. I., Bogard, J. R., Brinsden, H., Calvillo, A., De Schutter, O., Devarajan, R., Ezzati, M., Friel, S., Goenka, S., Hammond, R. A., Hastings, G., Hawkes, C., Herrero, M., Hovmand, P. S., Howden, M., Jaacks, L. M., … Dietz, W. H. (2019). The Global Syndemic of Obesity, Undernutrition, and Climate Change: The Lancet Commission report. *Lancet*, *393*(10173), 791–846. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)32822-8

Tran, K. B., Lang, J. J., Compton, K., Xu, R., Acheson, A. R., Henrikson, H. J., Kocarnik, J. M., Penberthy, L., Aali, A., Abbas, Q., Abbasi, B., Abbasi-Kangevari, M., Abbasi Kangevari, Z., Abbastabar, H., Abdelmasseh, M., Abd-Elsalam, S., Abdelwahab, A. A., Abdoli, G., Abdulkadir, H. A., … Murray, C. J. L. (2022). The global burden of cancer attributable to risk factors, 2010–19: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*, *400*(10352), 563–591. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01438-6

Vall, J., y López-Casasnovas, G. (2020). Impactos de los impuestos sobre bebidas azucaradas en las ventas. *Economía y Biología Humana, 36*. https://doi.org/10.1016/j.ehb.2019.100821

Westbury, S., Oyebode, O., van Rens, T., y Barber, T. M. (2023). Obesity Stigma: Causes, consequences, and potential solutions. *Current Obesity Reports*, *12*(1), 10-23. https://doi.org/10.1007/s13679-023-00495-3

World Obesity (2024). *Driving global efforts to reduce, prevent and treat obesity.* https://www.worldobesity.org/

Zavala, A. H., y Ortega, M. H. (2023). ¿Cáncer y obesidad existe relación? *EPISTEMUS: Ciencia, Tecnología y Salud*, *18*(35), 1-23. https://doi.org/10.36790/epistemus.v18i35.297

10

10 INTERNET, REDES SOCIALES Y EL MERCADO DE LA ATENCIÓN

Pablo Castro Alonso y Noa Rey Torres

IDEAS CLAVE

1. Las redes sociales y en general las aplicaciones móviles basan gran parte de sus ingresos en la publicidad que exponen y el acceso a la información de segmentación de clientes.

2. Para aumentar la exposición a anuncios los algoritmos de diseño digitales se basan en el enganche, *engagement*, para conseguir que los usuarios permanezcan el mayor tiempo posible viendo la aplicación correspondiente, con la consecuente disminución de la atención.

3. Los algoritmos empleados sugieren contenido específico, con base en los intereses de los usuarios, que puede contener o conducir a daños.

4. Las herramientas de diseño empleadas incluyen la manipulación psicológica con base a técnicas conductistas que explotan los sesgos cognitivos del usuario.

5. La precaución y responsabilidad individual en el manejo de estas aplicaciones no son suficientes para evitar la pérdida de atención y de capacidades intelectuales que implica su uso.

6. Se necesitan medidas de salud pública que protejan a los usuarios de las consecuencias negativas que puedan tener estas nuevas tecnologías

7. Es necesario un cambio profundo en el diseño de estas aplicaciones, que procure el interés real del usuario y no tenga efectos negativos en su capacidad de atención.

En la actualidad el entorno digital es una parte muy significativa de los estilos de vida y la propia identidad de la población juvenil. Y no solo juvenil: ha cambiado, lo está haciendo, la manera en que el mundo acumula conocimientos y difunde información y las personas establecemos relaciones.

Más allá del uso de Internet como búsqueda de entretenimiento o información o de las redes sociales como herramienta, podría decirse que vivimos en un ecosistema cuyo eje central está conformado por la experiencia compartida de Internet.

El acceso universal a Internet ha hecho realidad el gran sueño de una comunicación global e instantánea y la disponibilidad sin límites del acumulado cultural y científico de la humanidad. Sin duda, son incontables los beneficios que la sociedad de las tecnologías de la información y de la comunicación en la que vivimos nos ofrece a diario y sería injusto hacer un balance negativo de los desarrollos que nos han llevado hasta aquí y de los que van a ocurrir en los próximos años: la transformación digital en la que estamos envueltos, junto con tecnologías como *Blockchain* que lo permiten, está haciendo que Internet se convierta en algo mucho más allá que el simple intercambio informativo para pasar a ser una auténtica red de transferencia de valor. Por otro lado, la irrupción de la Inteligencia Artificial (IA), gracias una vez más a las posibilidades de acceso a datos que nos ofrece la red, está provocando un cambio de paradigma en las relaciones sociales y profesionales.

Lo que puede observarse a través de la pantalla cuando alguien se asoma a Internet no es más que el reflejo amplificado de lo mejor y lo peor de la condición humana. Gran parte de este reflejo es la vertiente comercial y lucrativa que la interconexión masiva no hace más que potenciar, abriendo todo un nuevo mundo lleno de posibilidades. Por ello, el objetivo de este capítulo es informar y concienciar sobre algunos aspectos problemáticos para la salud que el mal diseño y/o el empleo de herramientas digitales, como las redes sociales, pueden ocasionar.

1. HIPERCONECTIVIDAD Y REDES SOCIALES

Si a quien lee estas líneas se le propusiera pasar 24 horas sin conexión a Internet, quizás sentiría una especie de malestar e incluso ansiedad. Y es que en el mundo en el que vivimos parece que se nos ha impuesto el tener que estar permanentemente conectados a la Red.

Con el abaratamiento de los teléfonos inteligentes y su posterior difusión social, hemos comenzado a vivir cada vez más "conectados" a nuestros familiares y amigos, algo que se ha visto aumentado exponencialmente con la aparición de las redes sociales: ahora ya no solo podríamos tener contacto permanente con nuestros seres más queridos, sino también, por ejemplo, con aquella compañera de pupitre a quien habíamos perdido la pista hace décadas.

Las redes nos facilitan un lugar donde encontrarnos con personas afines con las que podemos interactuar para intercambiar opiniones. La necesidad de sentirnos parte de una comunidad donde se comparten intereses, gustos o ideas, origina un sentimiento de pertenencia que provoca el querer pasar mayor tiempo en ellas. Esto se vio aumentado en 2020, a raíz de la pandemia de la COVID-19, pues debido a los confinamientos y restricciones de la movilidad, las redes fueron en muchas ocasiones la única manera de seguir manteniendo el contacto social con amistades y familiares.

Todo ello, sumado al auge de los perfiles de medios de comunicación en redes sociales, que nos informan casi en tiempo real de los acontecimientos, y a la aparición de la mensajería instantánea ha ocasionado que nuestra presencia en la Red ya no se cuente por minutos sino por horas diarias. Internet y la expansión de la era de la tecnología nos han impuesto aprender a vivir hiperconectados y adaptados al nuevo entorno digital y comunicativo, para así evitar quedar excluidos debido a su continua y acelerada transformación (Carbonell y Oberst, 2015). De hecho, autores como Zúñiga et al. (2018) señalan que, en el caso de los más jóvenes, los nativos digitales, el entorno tecnológico les ha producido tanta dependencia y subordinación de las tecnologías, que ha transformado su naturaleza y su forma de actuar, debido a las exigencias tecnológicas. Según los datos del informe "Digital 2023: Global Overview Report" (2023) del portal Statista, los españoles de entre 16 a 64 años están una media de 5 horas y 45 minutos conectados a la red, algo que no es casual: Internet es un gran expositor de marcas que, a diferencia de las tiendas físicas, tiene una disponibilidad de 24 horas al día, todos los días del año.

Las grandes empresas de Internet son conscientes de ello y de que, por tanto, sus ingresos dependerán de las inversiones que hagan dichas marcas para publicitarse en sus diferentes plataformas y tener contacto directo con el público. Por todo ello, dan prioridad a estrategias que retengan la atención del usuario para aumentar las oportunidades publicitarias.

Aquí surge un primer problema y es el que el poder se ha concentrado en unas pocas manos. El acceso a estas nuevas herramientas se concentra en unas pocas grandes multinacionales con la capacidad financiera suficiente para emplearlas a escala masiva. Estas inversiones multimillonarias son llevadas a cabo por fondos de inversión que esperan una rentabilidad elevada (Baker, 2024; Sherif, 2024) y que necesariamente lleva a la monetización de cada vez más productos, muchos de ellos aparentemente gratuitos, en los que la exposición de publicidad individualizada es la principal fuente de ingresos (Chapman, 2023; Waytogrow, 2024).

2. EL MODELO DE NEGOCIO: EL MERCADO DE LA ATENCIÓN

Así, Internet se ha convertido en el escenario de una guerra, no entre países, sino entre compañías tecnológicas, en la cual nuestro teléfono móvil es el campo de batalla y nuestra atención, el terreno a conquistar. El caballo de Troya diseñado para esta peculiar batalla se llama red social y, a diferencia de la simplicidad del original, esta nueva versión está equipada con la tecnología más puntera diseñada por auténticos ejércitos de ingenieros y psicólogos.

Este acoso y derribo comercial de nuestra atención se lleva a cabo a niveles cada vez más profundos dado el elevado grado de penetración del uso de las tecnologías digitales en nuestras vidas. Así, se ha evolucionado de la benévola distracción o entretenimiento digital a un auténtico proceso de merma en nuestras capacidades cognitivas más elementales.

Es decir, los diseños avanzados de captación de atención no sólo se limitan a distraernos de hacer otras cosas con la consecuente pérdida de tiempo, sino que impactan en nuestros sesgos cognitivos a través de reforzamiento variable, de aversión a la pérdida, de comparación social y de efecto marco o de anclaje (Kahneman, 2012).

La manipulación y explotación de estos sesgos de manera masiva y continuada con el fin de captar nuestra atención provoca unas consecuencias que van más allá del fin comercial inmediato. La distracción reiterada disminuye nuestra capacidad de concentración –se calcula que después de una distracción se necesitan de media 23 minutos para volver al estado de concentración anterior (Posner, 1985)– pero sus efectos no se limitan al momento cercano a la distracción. Estas interrupciones llegan a cobrar autonomía aun sin la fuente de distracción: basta pensar en las veces que miramos el móvil sin un motivo aparente, sin que medie una notificación o alerta, sino más bien el simple hábito generado.

Esto que nos sucede en el plano físico, –tomo el móvil y lo desbloqueo– también ocurre a su vez en el plano mental. La creciente dificultad para leer un texto durante un tiempo prolongado, la pérdida de interés por lo que no supere un umbral de estímulos cada vez más alto o la superficialidad con la que nos informamos van reconfigurando los resortes de nuestro centro de toma de decisiones más vitales.

En este plano más profundo de nuestra interioridad es donde las tecnologías de la distracción se convierten en tecnologías de la persuasión y de la seducción, afectando a aspectos más nucleares de nuestra identidad (Williams, 2021).

Aunque pueden servir de apoyo en determinados trastornos mentales (Chen et al., 2022; Kim et al., 2017; Kogstad et al., 2013), son cada vez más evidentes las consecuencias en la salud mental del manejo abusivo e insano de las redes sociales y otras aplicaciones digitales, tanto en población adulta (Kim et al., 2017; Levula et al., 2018; Litwin y Levinsky, 2022; Lou et al., 2023) como juvenil (Aliverdi et al., 2022; Dickerson et al., 2024; Ivie et al., 2020). Cada vez queda más claro que este uso inadecuado es consecuencia del diseño de las aplicaciones apoyado en las vulnerabilidades de la psicología individual (Hari, 2023; Peirano, 2019; Williams, 2021).

Siguiendo con el símil bélico, el grito de guerra más empleado en esta disputa por nuestra atención es *engagement*, compromiso, en este caso empleado con el sentido de enganche o dependencia. El motivo es sencillo, si la fuente de ingresos depende del tiempo de exposición a los anuncios por parte de los usuarios –recordemos que gran parte de las redes sociales son gratuitas o tienen versión gratuita– inevitablemente una de las lógicas más influyentes en el diseño de los algoritmos que operan estas redes será el de mantenernos delante de la aplicación el mayor tiempo posible con el objetivo de monetizar nuestra atención (Eyal, 2014).

Si esta estrategia se basara en los mecanismos de la publicidad convencional empleados en la televisión, prensa o espacios publicitarios, los anuncios en dispositivos digitales personales no añadirían nada nuevo. La diferencia radical estriba precisamente en este nivel de personalización y en los resortes psíquicos sobre los que actúan. La ingente cantidad de información personal recogida durante el empleo de estos dispositivos permite que se dé la situación ideal para el marketing, llegando a anticiparse incluso a los gustos de los propios clientes potenciales. Por tanto, el *cocktail* explosivo de información personal, tiempo de uso, algoritmos avanzados y psicología conductual ha abierto unas posibilidades, antes inalcanzables, para la manipulación de nuestra atención.

En torno a los años 2000 se puso de moda un curso ofertado por el profesor Brian Jeffrey Fogg en la Universidad de Standford en su Laboratorio de Diseño de Comportamiento (antes llamado Laboratorio de Tecnologías Persuasivas) por el que han pasado cientos de tecnólogos de Silicon Valley, y hoy en día muchos de ellos trabajan como diseñadores en las principales multinacionales tecnológicas como Google o Meta.

Buena parte de la bibliografía empleada en este curso se basa en los estudios sobre el conductismo llevados a cabo por el psicólogo Burrhus Frederic Skinner (Skinner 1974), también filósofo social y pionero en la psicología experimental. La aplicación de estrategias conductistas amplificadas y perfeccionadas por la información aportada por millones de personas durante el uso de las redes sociales ha permitido llevar el empleo de estas técnicas a todo un nivel psicológico superior. Se basan en la manipulación del foco y en los límites intrínsecos de nuestra atención.

3. ESTRATEGIAS Y TÁCTICAS DE LAS MULTINACIONALES TECNOLÓGICAS

3.1. ESTRATEGIAS BÁSICAS REFORZADORAS

Zenone et al. (2023b), personas pioneras en describir los medios sociales como DCS, refieren que antiguos desarrolladores de redes sociales advierten que empresas como Meta (dueña de Facebook®) emplean interfaces y algoritmos determinados para provocar comportamientos adictivos y retener la atención de los usuarios para así lograr que estos vean mayor cantidad de anuncios. Las estrategias psicológicas

básicas para realizar esto podrían resumirse simplificadamente en (Hari, 2023; Peirano, 2019; Williams, 2021; Zuboff, 2020):

a. **Mecanismos de recompensa.** El empleo de la recompensa instantánea y personalizada, articulada por herramientas cada vez más efectivas, como los *likes*, los contadores de visualizaciones, la retroalimentación a base de emoticonos y *feeds* están diseñadas para reforzar los hábitos de conducta asociados al manejo de las redes sociales. Algoritmos similares al de las máquinas tragaperras, donde la sensación permanente de que lo siguiente será aún mejor nos mantiene pegados a la pantalla de manera ininterrumpida.

b. **Alternancia de tareas.** Como habitualmente tenemos otras redes sociales y más cosas que hacer durante el día, son necesarias también las estrategias de distracción y las llamadas constantes para retomar de nuevo nuestra atención. Mensajes, avisos, notificaciones y sugerencias muy bien pensados -y no siempre fáciles de moderar o limitar- nos bombardean constantemente, no por nuestro propio bien como usuarios sino como parte de la estrategia del mercado de nuestra atención.

c. **Aprendizaje de motivaciones.** La búsqueda del reclamo perfecto, que identifique nuestros gustos y deseos aún inconscientes, ha creado toda una industria multimillonaria en torno a la información personal. La actual capacidad de segmentación del público objetivo ha llegado a niveles sorprendentes, incluso adelantándose a nuestras preferencias antes de que nosotros mismos seamos conscientes de ellas. Esto coloca en una posición extremadamente ventajosa y de dominio a quienes puedan acceder a información suficiente para que sea estadísticamente representativa o a históricos de uso personal para administrar las siguientes sugerencias. Como se puede intuir fácilmente, con estas dinámicas la puerta a la manipulación psicológica se abre de par en par.

d. **Manejo de las emociones.** Si una parte importante de los datos recabados son sobre nuestras reacciones a diversos estímulos y cuáles de ellos nos hacen permanecer más tiempo enganchados, la lógica de los algoritmos encargados de maximizar dicho tiempo se empleará en avanzar en esa dirección. Las personas tendemos a reaccionar más a las informaciones con carga afectiva que a aquellas sin carga afectiva. Y dentro de las emociones con carga afectiva, reaccionamos mucho más a las emociones con carga emocional negativa que a aquellas con carga emocional positiva. Consecuentemente, si el objetivo es aumentar las probabilidades de reacción para conseguir mantenernos en con-

tacto, lo lógico es utilizar informaciones con carga emocional negativa. Esto tiene poco o nada que ver con el bienestar físico o mental de quien usa estas tecnologías. Una de las consecuencias prácticamente necesarias de esta estimulación emocional negativa es la progresiva polarización a la se nos induce *naturalmente* si no nos enfrentamos conscientemente a ella.

e. **Falta de neutralidad de los algoritmos.** Puede pensarse que si, por ejemplo, una persona busca conductas saludables, el algoritmo reforzará las conductas saludables, que es lo que haría un algoritmo "neutro". Pero un algoritmo neutro no es una fuente de ingresos tan buena. Estos algoritmos son instrumentos utilizados para mantenernos en contacto y ofrecernos lo que interesa a quienes pagan a los dueños del algoritmo por nuestra atención. De hecho, existen frecuentes críticas de que los algoritmos que sustentan la promoción de contenidos pueden contener o conducir a daños, y que las empresas de medios sociales son conscientes del perjuicio, pero no actúan sobre ellos porque son rentables. Por ejemplo, si los algoritmos detectan la tendencia al consumo excesivo de alcohol por parte de una persona, va a estar ofreciéndole contenido relacionado con él, lo cual probablemente no sea lo mejor para ella. Por este motivo, cuestiones como la autoestima de los usuarios o usuarias, su buena fama, la veracidad de las informaciones transmitidas o las conductas saludables no tienen porqué ser -ni son- el objetivo primario, aunque obviamente sí lo sean en bastantes ocasiones.

f. **Sobreestimulación.** Una idéntica lógica llega a descubrir que un mismo nivel de estímulos va perdiendo eficacia a lo largo del tiempo, bien por la competencia de otras aplicaciones o bien por la pérdida de interés del usuario. Esto se intenta solventar incrementando el nivel de estímulos, llegando a crear un estado de alerta permanente a raíz de una sobreestimulación emocional. Frecuentemente se puede comprobar que estas tecnologías digitales pueden generar una cierta ansiedad, algo que las personas jóvenes sufren especialmente por falta de referencias, autocontrol o madurez.

   Otro hijo de la sobreestimulación es la percepción de la capacidad de ser una persona "multitarea", por la cual tendemos a pensar que somos capaces de hacer varias cosas a la vez sin que nuestro nivel de atención a cada una de ellas se vea disminuido, algo poco probable y que, en cambio, merma nuestra capacidad de trabajo y dedicación de una manera inédita hasta ahora.

Todo este despliegue de técnicas y tecnologías orientadas a captar nuestra atención puede dar lugar a una sensación de pérdida de control por parte del usuario individual.

3.2. OTRAS TÁCTICAS ESPECÍFICAS

Aparte del sesgo comercial de los algoritmos, previamente detallado, existen otras tácticas habituales empleadas por estas industrias (Zenone, Kenworthy y Barbic, 2023; Zenone, Kenworthy yMaani, 2023), como:

a. **Los *likes* (o "me gusta") y en los comentarios.** Son ejemplos paradigmáticos de tácticas que predisponen a la hiperconectividad y que nos lo encontramos sistemáticamente en las redes. Diferentes estudios señalan que recibir interacciones positivas en las redes sociales libera dopamina en el cerebro, creando una sensación de recompensa. Esta búsqueda de recompensas puede llevar a conductas repetitivas y compulsivas, incluso a la adicción (Martín y Medina, 2021).

b. **Mecanismo de "desplazamiento infinito"**, de manera que, al no haber un fin, el usuario sigue pudiendo visualizar contenido, ya sea en una web o en el *feed* de una red social. Además, la interfaz de estas redes está diseñada para ser sencilla, con botones y secciones muy limitadas, lo cual facilita la navegación de los usuarios y aumenta el tiempo de permanencia (Montag et al., 2019).

c. **Duración de los vídeos**, especialmente en el caso de las redes sociales como TikTok®. Esta duración es extremadamente corta, en algunos casos de menos de 6 segundos, y se adapta perfectamente a la reducción de la capacidad de atención, lo que permite a los usuarios visualizar un gran número de vídeos en un corto periodo de tiempo.

d. **Actualizaciones frecuentes** que modifican la interfaz: su objetivo es proporcionar información nueva y estimulante para retener la atención en la experiencia del usuario (Qin et al., 2022). Esta actualización constante de nuevo contenido recuerda mucho al programa de recompensas variable de las máquinas de juegos de azar (máquinas tragaperras), donde existe un refuerzo de recompensa variable intermitente que mantiene la atención de la persona conectada y provoca en ella comportamientos adictivos –o, al menos, muy repetitivos–, pues se la motiva a permanecer más tiempo con la esperanza de obtener un contenido de su interés. Algo similar ocurre con las notificaciones de las aplica-

ciones. Estas pueden ser de nuestro agrado o no, pero la incertidumbre tiende a provocar nuestra curiosidad, ocasionando que se revise casi constantemente las aplicaciones en búsqueda de contenido atractivo (Montag et al., 2019).

e. **Duración efímera de ciertos contenidos**. Ejemplo de esto es la duración de 24 horas de los *stories* de Instagram, lo que hace que, si alguien no accede a la red durante un día entero, hay contenido que **nunca** podrá visualizar. Algo similar también ocurre con la red X (anteriormente conocida como Twitter) donde, al actualizar el *timeline*, los tuits que ofrecían de cuentas que podrían interesar al usuario, son sustituidos por otros diferentes, lo que obliga a pasar más tiempo en esa red si se quiere acceder a más contenido.

f. **La personalización.** Es otra de las tácticas que usa la industria para aumentar nuestro tiempo de conexión:

   - Instagram nos permite el empleo de filtros para personalizar nuestras fotografías;

   - Spotify se encarga de captar nuestros gustos musicales y personalizar la escucha: esta plataforma genera listas en función de lo que hemos escuchado y nos propone nuevos artistas o canciones en función de nuestras preferencias, además edita listas a las que denomina "Hecho para [tu nombre]", para que en todo momento sintamos que es un sistema totalmente personalizado para nosotros;

   - TikTok® también tiene su apartado "Para ti", donde muestra los vídeos que podrían gustarle al usuario en función de lo visto previamente y de los *likes* proporcionados.

3.3. MARKETING DE INFLUENCERS Y USO DE MENORES

3.3.1. Características del marketing de *influencers*

El marketing de *influencers* ("influyentes") es una estrategia de publicidad que consiste en lograr una serie de **vínculos de colaboración entre las marcas y las empresas** con aquellas personas que tienen una gran visibilidad y protagonismo en Internet (generalmente con un gran número de seguidores), a las que se conoce como *influencers*.

Esta técnica de marketing lleva años siendo una realidad en los entornos digitales, pues se sabe que un contenido atractivo presentado por estas personas tiene

efectos positivos en la marca que hay detrás de dicho contenido, promoviendo así un aumento de la intención de compra por parte de los espectadores (Liu et al., 2022). En España, el 68% de los usuarios de redes sociales siguen a *influencers*, especialmente los menores de 46 años, con predominio de las mujeres [Interactive Advertising Bureau (IAB), 2019], por lo que las marcas han visto su filón en esta forma de publicidad.

Pese a lo que pueda esperarse y contradictoriamente a la relevancia de su actividad, es manifiesta la ausencia o limitación de normativa reguladora, tanto en España como en la Unión Europea, de este tipo de influencia. Distintos estudios muestran que la utilización de estas técnicas de recomendación mediante contenido de publicidad ilícita o engañosa (Sixto y Álvarez, 2020). Esto influye negativamente en quienes consumen este tipo de contenidos, generando un espacio de indefensión; por ello, se hace patente la necesidad de un marco regulador que garantice la calidad de la comunicación entre marcas y públicos.

Ante esta falta de normativa legal, podría esperarse la actuación por parte de los mecanismos independientes de autorregulación; sin embargo, el código de conducta sobre el uso de *influencers* en la publicidad, publicado en enero de 2021, del que se habla en 3.4.4, no cubre todos los aspectos deseados.

3.3.2. Uso de menores

Una de las variantes del marketing de *influencers* que se está imponiendo recientemente, es el uso de los hijos de los *influencers*, menores de edad, por parte de sus padres. Con la exposición de los menores llegan a un público que antes no alcanzaban (p. ej. mujeres de mediana edad, madres, etc.) Este hecho les reporta grandes beneficios económicos, pues de esta manera acceden a nuevos contratos y a colaboraciones con nuevas marcas (relacionadas con el público infantil, como moda, alimentación, juguetes, etc.).

Usar a los menores tiene la ventaja de que esta exposición no se limita a un momento único, sino que cubre un amplio espectro de tiempo, que va desde el embarazo hasta la educación de los adolescentes, pasando por etapas como el posparto o la lactancia. Esto les permite llegar a acuerdos comerciales con marcas específicas de cada etapa, a las que, de no ser por la exposición de sus menores, no podrían acceder de otra manera. Son las conocidas como "*Instamamis" o "instamadres*". Este es el caso de conocidas *influencers* como María Pombo, que ha mostrado a sus hijos desde el momento de su embarazo (incluso enseñándonos la prueba de embarazo) o el de Verdeliss, que con sus ocho hijos ha logrado sobrepasar los 1,4 millones de seguidores en su perfil de Instagram. Es llamativo el caso de Verdeliss, pues pode-

mos ver en su feed de Instagram colaboraciones con marcas que abarcan desde el chocolate de la marca Nestlé®, pasando por productos del consumo del hogar como el suavizante Vernel®, hasta juguetes de la marca Bandai®.

Estas personas no son solamente casos aislados: analizando cuentas de *instamadres*, Jiménez et al. (2022) encontraron que en el 45,6% de los posts analizados aparecen menores y que estas publicaciones reciben un 41% más de likes que aquellas en las que no los hay. En más de la mitad de las publicaciones analizadas aparecen marcas comerciales, y sólo en 1 de cada 5 ocasiones en las que existe presencia de una marca se especifica que se trata de publicidad.

La urgencia de normativa del marketing de *influencers* en el que se utiliza la imagen de menores de edad es aún mayor, puesto que aquí no solo se encuentra desprotegido el público, sino también un cierto número de menores, expuestos por sus progenitores con fines comerciales. No solo es necesario solo regular la sobreexposición de estos menores, sino también el modo en que la publicidad se hace presente en ellos o en ellas.

3.4. ESTRATEGIAS COMUNES CON OTROS DCS

3.4.1. Control de la investigación

Se ha descrito que las empresas propietarias de las grandes redes sociales tienen capacidad de controlar la investigación sobre el impacto y consecuencias de los productos que comercializan (Zenone, Kenworthy y Barbie, 2023; Zenone, Kenworthy y Maani, 2023). Así, por ejemplo, Meta (propietaria entre otras de Instagram®, Facebook® y WhatsApp®) no permite la extracción de datos en su plataforma mediante herramientas ajenas a las suyas, las cuales están delimitadas. Además, en caso de facilitar el acceso a herramientas de investigación externas, en cualquier momento puede limitar la recopilación de información y denegar o eliminar el acceso: esto provoca que no se pueda averiguar el alcance y las consecuencias reales de los productos de esta gran empresa; es decir, no podemos saber cuánto puede perjudicarnos el uso de plataformas con las que convivimos a diario.

3.4.2. Coalición con organizaciones sanitarias

Las grandes plataformas de medios sociales invierten cantidades ingentes de dinero en pro de mantener relaciones con organizaciones de carácter sanitario en todo el mundo. Ejemplo de esto son los acuerdos recurrentes entre plataformas como Facebook® o Instagram® con la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Estos acuerdos tienen su parte positiva, ya que, por ejemplo, el acuerdo firmado en 2019 para luchar contra la información errónea sobre las vacunas hace que Meta proporcione a la OMS créditos publicitarios para poder frenar la desinformación. Sin embargo, esta relación de Meta con organizaciones sanitarias y la atención a la difusión de información errónea resulta paradójica, ya que una parte no pequeña de la responsabilidad o culpa de la propagación de información errónea sea consecuencia de los propios algoritmos de la plataforma (y de decisiones empresariales puramente económicas), como se pudo observar durante la pandemia de la COVID-19, en la que durante los primeros meses no se prohibieron los anuncios en contra de la vacunación (Zenone et al., 2023a). Estos acuerdos benefician enormemente a las plataformas ya que:

- por una parte, crece su imagen positiva sin que se vean afectados a sus ingresos publicitarios, pues se sigue sin ir a la raíz del problema (sus algoritmos); y

- por otra, contribuyen a continuar evitando la amenaza de la regulación externa.

3.4.3. Iniciativas de responsabilidad social corporativa

Las empresas del entorno *social media* también utilizan iniciativas de responsabilidad social corporativa (RSC) para sus propios intereses. De hecho, los acuerdos citados en el punto anterior pueden ser considerados como ejemplos particulares de RSC.

Un ejemplo es la iniciativa *FreeBasics® de Facebook®* que promete conectividad gratuita a Internet en países donde existe una elevada brecha digital. FreeBasics® sólo proporciona acceso a determinadas aplicaciones y servicios que determina la empresa, principalmente relacionados con Meta®. Esto permite a la empresa un control casi absoluto de Internet en algunos países, que ocasiona que la población esté expuesta a gran cantidad de desinformación no fácilmente contrastable. Por lo que, nuevamente, quién gana con estas acciones es la empresa: por una parte, tiene acceso a una población de la que no disponía de datos y a la que ahora podrá proporcionar publicidad (y aumentar así los beneficios); y por otra, supone publicidad positiva.

FreeBasics® fue prohibido por el gobierno de la India en 2016 por ser una iniciativa contraria a la neutralidad de la red. En 2018, cuando Facebook® tuvo que cancelar su iniciativa en una docena de países, como Bolivia o la República del Congo, por ser acusados de potenciar el discurso de odio. Es paradigmático el caso de la contribución de Facebook® a la campaña de asesinatos de la población rohinyá y su consiguiente éxodo en 2017, tras años de acoso (Amnistía Internacional, 2022).

3.4.4. La trampa de la autorregulación

A raíz de la pandemia de la COVID-19 fueron muchas las voces que exigieron medidas para regular las plataformas de redes sociales y evitar la propagación de *fake news* y bulos sobre la pandemia, los cuales podrían afectar gravemente a la salud de la población.

Zenone, Kenworthy y Barbie (2023) exponen en su artículo cómo Facebook® puso en marcha un panel independiente denominado "Consejo de Supervisión" con el fin de determinar la eliminación o no de contenido sensible, sin embargo, la financiación de esta herramienta sigue bajo su control, por lo que se demuestra que la empresa sigue teniendo el control.

Actualmente, la plataforma X® tiene un sistema mediante el cual los usuarios pueden informar de que el contenido de un tuit o de una noticia no es veraz o que podría ser engañosa. Cuando esto es informado por un número amplio de usuarios, aparece una leyenda tras ese tuit en el que se informa de la falta de credibilidad de la noticia proporcionada. Cabe destacar que aquellos tuits que tengan la aclaración de que su contenido no es cierto, no se monetizan. Si bien es cierto que la plataforma permite que otros usuarios puedan ver dicha recomendación, la plataforma en ningún momento elimina el contenido; por lo que esta información está disponible para todas aquellas personas que deseen leerla y que, pese a leer la advertencia, estén dispuestas a asumirla como cierta.

4. PROBLEMAS ASOCIADOS A ESTE DCS

4.1. RIESGO DE LA INMEDIATEZ Y LA IRREFLEXIÓN

Como señaló Carr (2017) un grave programa cognitivo que se observa en la cultura digital es la disminución de la capacidad de pensar de una manera profunda y centrada. En lugar de analizar los fenómenos, la realidad, en profundidad tendemos a explorar la superficie y a quedarnos en la orilla.

A la par, con frecuencia encontramos la información con inmediatez, pero sin el contexto completo y necesario, lo que nos puede hacer reaccionar de manera fácil y veloz a la información que aparece en la pantalla sin percibir la necesidad de saber la

historia completa. Por su propia naturaleza, Internet y las redes tienden a inclinarnos a reacciones rápidas, suposiciones engañosas y comentarios impulsivos.

4.2. RIESGO DE POLARIZACIÓN

Hoy en día nos encontramos con una paradoja: en una sociedad en la que la información desempeña un papel cada vez más esencial, cada vez cuesta más verificar las fuentes y la exactitud de la información que circula digitalmente.

La retroalimentación de las ideas con las que aparentemente una persona sintoniza (la personalización que el algoritmo elabora a partir de nuestras elecciones previas, *likes*, reacciones, búsquedas, incluso pausas y ausencias) frecuentemente da lugar a una exposición forzada a una información parcial que tiene facilidad para corroborar nuestras propias ideas, reforzar nuestras creencias y tendencia a ponerle en contacto con páginas, grupos o personas relativamente "similares". Inconscientemente, esto aumenta el riesgo de aislarse en burbujas creadas por los filtros.

Este reforzamiento conceptual, unido al necesario incremento en la intensidad de las llamadas de atención y la sobreestimulación puede dar lugar a una polarización de las ideas y de las actitudes. Los algoritmos cuentan con que el recurso a la indignación o al enfado ayuda al refuerzo y a la permanencia en el uso de las redes sociales.

Esto explica uno de los escenarios actuales en los que se observa que va en aumento la radicalización y la retroalimentación de ideas que refuerzan las propias convicciones. Como la veracidad de la información no es un parámetro suficientemente relevante en este proceso de optimización de respuestas, el campo para las *fake news* y la desinformación está perfectamente abonado.

4.3. LA TIRANÍA DE LA IMAGEN EN REDES SOCIALES

Una de las problemáticas derivadas del consumo constante de redes sociales, especialmente de aquellas donde predominan las imágenes, como es el caso de Instagram®, es que pueden detonar o acentuar los trastornos relacionados con la imagen corporal, especialmente durante la época de la adolescencia, en la que la imagen corporal adquiere gran importancia. Lucciarini et al. (2021) y Farias et al. (2024) encuentran una asociación positiva entre el uso de las redes sociales en adolescentes y el desarrollo de anorexia nerviosa en mujeres, aunque también puede presentarse en hombres. En el entorno web se utilizan los nombres de Ana y Mía para referirse a la anorexia y la bulimia, respectivamente. Esta denominación empezó a popula-

rizarse a partir de 2004, dando lugar a la aparición de páginas y foros Pro-Ana y Pro-Mia donde, generalmente personas con trastornos de la conducta alimentaria, crean contenido peligroso, como trucos para ocultar dichas conductas a los padres, y donde se anima para lograr la pérdida de peso, e incluso a veces, se promueve el autocastigo (Lago-Blanco et al., 2019) acompañados de imágenes de mujeres de extrema delgadez.

4.4. CIBERACOSO Y SIMILARES

Un problema asociado al uso de las redes sociales es el ciberacoso o *ciberbullying*. Esta forma de *bullying* supone la utilización de distintas tecnologías digitales con el fin de acosar psicológicamente a una persona (Valencia et al., 2021). Normalmente este tipo de acoso se da entre menores o adolescentes de edades similares y de idéntico contexto social (Vizcaíno et al., 2020). En este tipo de acoso la forma de contacto entre víctimas y agresores es diferente, lo que implica la existencia de factores de riesgo específicos como, por ejemplo, el anonimato del agresor, las dificultades para poder detener la agresión o la amplia difusión que puede tener.

En el informe PISA de 2019 (Ministerio de Educación y Formación Profesional, 2019) se señala que existen más posibilidades de sufrir ciberacoso cuanto más tiempo se invierte en las redes sociales y que quien tiene altos niveles de competencia digital presentan menos posibilidades de sufrirlo. Aunque existe un informe PISA más reciente, el de 2023, este no profundiza tanto en el ciberacoso. En cuanto al perfil de los acosadores, autores como Garmendia-Larrañaga et al. (2019) señalan que suelen presentar características comunes donde destaca el uso frecuente de las redes e Internet y una mayor dependencia de la red.

En los últimos años también se han disparado las denuncias por *grooming* online, que se define como situaciones de ciberacoso con un contenido sexual explícito e implícito por parte de un adulto hacia un menor. Una práctica de riesgo, ya que puede ser el primer paso para que se produzca un ciberacoso, es el *sexting*, que consiste en la realización de fotografías propias de carácter sexual y su envío por parte de menores (Barbero, 2017).

4.5. SALUD MENTAL

INSOMNIO. El uso de las redes sociales y la hiperconectividad a Internet está alterando los hábitos de sueño de las personas, especialmente de los más jóvenes. Es frecuente el uso del móvil antes de acostarse, incluso llegando a prolongar la navegación hasta altas horas de la noche. Una exposición excesiva a las pantallas antes de acostarse afecta a la calidad del sueño, lo que puede provocar problemas de fatiga crónica e insomnio (Becerra, 2021).

AISLAMIENTO Y SOLEDAD. Las redes sociales pueden ser un arma de doble filo pues pueden servir de ayuda para relacionarse con gran cantidad de personas que están lejos como ser empleadas como un refugio peligroso para la soledad, pudiéndose llegar hasta el más absoluto ostracismo. Un ejemplo de este tipo de comportamientos es el fenómeno *Hikikomori*. Consiste en un trastorno de aislamiento social de los adolescentes, relacionado con el uso de las nuevas tecnologías, que se caracteriza por un comportamiento asocial y evitativo, que acaba conduciendo a la persona a abandonar la sociedad de manera prolongada. Es un fenómeno que proviene de Japón, aunque ya se ha detectado un número creciente de casos en otros países, también en España. Los jóvenes que lo padecen suelen encerrarse en sus habitaciones en un régimen de extremo aislamiento y hacer en ellas un uso excesivo de las tecnologías (García-Sanmartín, 2021), incapaces de afrontar el mundo real. Se ha descrito una correlación entre el sentimiento de soledad y la posterior adicción a internet (Wang y Zeng, 2024).

Síndrome FOMO ("Fear of missing out"). Como ya hemos mencionado, las redes han cambiado la forma en la que interactúan las personas, con consecuencias tanto positivas como negativas. Por un lado, facilitando el desarrollo y mantenimiento de relaciones sociales, y por otro, desencadenando una serie de consecuencias negativas debido, entre otras, a las técnicas empleadas para provocar que los usuarios estén permanentemente conectados a sus redes. Una de esas experiencias negativas es el conocido FOMO, por su acrónimo en inglés (Torres-Serrano, 2020), y que hace referencia al "miedo a perderse algo en las redes sociales o a quedar excluido de un evento". Quien sufre esta alteración está constantemente conectado a las redes y actualiza el contenido con mayor frecuencia por temor a no visualizar algún contenido relevante (López-Iglesias et al., 2023).

Las plataformas muestran constantemente lo que otras personas están haciendo, lo cual puede generar sentimientos de ansiedad por perderse algo importante si no se entra con cierta frecuencia en las redes (Navarrete et al., 2023); sería algo similar a

lo que ocurre si no se descuelga el teléfono cuando suena (Varchetta et al., 2020). Este fenómeno es incitado por las grandes empresas mediante el uso de tácticas de duración efímera de contenidos.

Además, esta visualización de un contenido que muchas veces corresponde a actividades agradables que realizan los demás, puede acarrear una sensación de malestar por no estar formando parte de esa actividad (o al realizar una comparativa con la vida propia) (Tanhan et al., 2022).

OTROS. El uso excesivo de las redes sociales y de Internet por parte de adolescentes y jóvenes puede acarrear la aparición de problemas académicos, afectivos, de salud y psicológicos (Valencia et al., 2021. Entre ellos, problemas de salud mental como la baja autoestima, la depresión y la ansiedad especialmente (Weigle y Shaf, 2024). Como ya hemos visto, redes sociales como Instagram®, Facebook® o X® proporcionan gratificación instantánea a través de *likes*, comentarios o notificaciones, lo que puede llevar a una búsqueda constante de validación y recompensas, generando adicción. Además, algunas redes sociales pueden promover conductas adictivas a través de la publicidad del tabaco, lo que puede contribuir a la normalización y el desarrollo de la adicción (Martín y Medina, 2021).

4.6. TRASTORNOS ADICTIVOS

El acceso universal e instantáneo a contenidos de todo tipo que permite Internet plantea otra encrucijada directamente relacionada con la salud. Desde su origen, Internet se concibió como un canal de comunicación e información en el cual prima el libre acceso a contenidos y su publicación por parte de los usuarios. Este diseño de origen, junto a su naturaleza supranacional, ha hecho que los intentos de regulación tengan una capacidad y alcance muy limitados. Basta con mencionar la dificultad para evitar la difusión de contenidos ilegales o de negocios fraudulentos con base en la Red.

Más allá de lo estrictamente ilegal o fraudulento, es importante destacar las consecuencias de la exposición a contenidos potencialmente adictivos o con posibilidad de distorsionar las capacidades afectivas, sobre todo de las personas más jóvenes, como es el caso de los contenidos pornográficos.

4.6.1. Pornografía a golpe de clic

El consumo de pornografía en adolescentes es un fenómeno que ha aumentado significativamente en los últimos años. Niños y jóvenes comienzan a consumir pornografía debido a la facilidad de acceso a través de Internet, la disponibilidad gratuita del contenido y al anonimato que ofrece la red. Esto plantea importantes interrogantes sobre los efectos que puede tener en su desarrollo emocional, social y sexual.

En España, según la última encuesta ESTUDES (2023), los estudiantes de 14 a 18 años refieren haber consumido en los últimos 30 días en un 44,5%, existiendo diferencias significativas por sexos: el 68,4% de los alumnos admitió haberlo hecho, mientras que solo el 19,3% de las alumnas manifestó lo mismo. Datos algo mayores encuentra un informe de *Save The Children* (2021) también en España: el 68,2 % de adolescentes ha visto pornografía en los últimos 30 días, existiendo igualmente una gran diferencia entre sexos, 81,6% ellos y 40,4% ellas. Además, la edad de primer contacto con este material es muy temprana, situándose la media en los 12 años, aunque casi el 10% manifiesta haberlo visto antes de los 10 años.

Pese a que la pornografía no es nueva, esta exposición masiva, de acceso inmediato, de contenido muy variado, y sin necesidad de interactuar con otras personas, sí que resulta novedosa. Las grandes plataformas de contenido pornográfico en Internet, como pueden ser Xvideos® y PornHub®, ya se encuentran entre los 20 sitios web más visitados del entorno digital. Llegando así a convertir a la industria de la pornografía en Internet en una importante industria global (Keitly, 2018) que ofrece rentabilidades muy elevadas (Waugh, 2023).

Este aumento generalizado, tanto en la producción de pornografía como en la difusión de la misma, ha llevado a analizar las posibles consecuencias negativas que este consumo masivo puede ejercer en la vida de las personas. Esto resulta especialmente preocupante entre los más jóvenes, puesto que se encuentran en mitad de un proceso de maduración.

La amplia y creciente disponibilidad de la pornografía facilita que las tasas de consumo de los adolescentes sean altas y permite predecir que seguirán aumentando (Ballester, 2023), llegando a edades cada vez menores y alcanzando poblaciones muy numerosas (Gutiérrez, 2021). La facilidad de acceso y consumo habitual transforma a niños y jóvenes en verdaderos consumidores de pornografía. De todas formas, no deberíamos de "acusar" a nuestros niños y jóvenes de buscar este contenido activamente, pues diversas investigaciones, como las de Robb y Mann (2023), señalan que la curiosidad sexual es captada en Internet por la industria del porno,

puesto que lo habitual es que estas empresas les capten cuando buscan en Internet palabras como "tetas" u otras similares sexualmente significativas, de tal manera que al realizar esa búsqueda, se les mostrarán páginas porno de fácil acceso con parte de su contenido totalmente gratuito (y total disponibilidad a cualquier hora del día).

Como se ha dicho, el consumo de pornografía de forma regular por parte de los adolescentes presenta efectos negativos (Cohen, 2023). La investigación científica muestra que la pornografía afecta al comportamiento sexual de diferentes maneras: en primer lugar, los más jóvenes comienzan a creer que lo que ven a través de sus pantallas representa la vida real, y se predisponen a esperar relaciones sexuales parecidas a las que contemplan, llevando a muchos de ellos a ver las relaciones sexuales de una manera más instrumentalizada y menos emocional (Peter y Valkenburg, 2010). No solo se distorsionan las relaciones sexuales; el consumo de pornografía también provoca una distorsión de la percepción del propio cuerpo, especialmente en las mujeres (Ballester, 2023), ya que la pornografía produce y reproduce un canon muy concreto de cuerpos masculinos y femeninos, reforzando los estereotipos de género. Por otra parte, la pornografía parece estar diseñada exclusivamente para varones heterosexuales con una masculinidad autoritaria (Save The Children, 2021), donde las mujeres son frecuentemente tratadas como objetos sexuales, totalmente sumisas y cuya presencia se limita a estar por y para el servicio y el disfrute del hombre (de Miguel, 2021). Por lo que la pornografía contribuye a perpetuar la opresión a la mujer, al actuar como una forma más de reforzamiento de una masculinidad hegemónica, puesto que se erotiza la violencia ejercida hacia las mujeres perpetuando la desigualdad de género entre hombres y mujeres, de lo cual se puede derivar más violencia contra las mujeres (Biota et al., 2021). El consumo habitual de pornografía influye sobre las actitudes y promueve la perpetración de agresiones sexuales por parte de los hombres (Villena, 2023). El aumento del consumo de pornografía puede alterar o distorsionar la sexualidad entre los adolescentes, facilitando –o induciendo– que se pase de unas prácticas consensuadas basadas en el respeto y el placer mutuo a otras más agresivas y de riesgo, muchas veces denigrantes para la mujer (Sedano et al., 2024).

El consumo de pornografía tiene un fuerte componente repetitivo: en el estudio Save the Children (2021) encuentran que refieren consumir más pornografía de la que desean uno de cada tres chicos y una de cada 6 chicas de las que la consumen.

El consumo de pornografía también se relaciona con el comienzo de relaciones sexuales a edades más tempranas, pudiendo no estar preparados todavía para ello (Ballester, 2023). Sedano et al. (2024) señalan además que la pornografía se está

convirtiendo en la fuente principal de aprendizaje sexual y de construcción de la identidad sexual entre los más pequeños.

Debido a las imágenes de alto contenido violento y de conductas de riesgo que suelen estar presentes en los contenidos pornográficos, los jóvenes con mayor consumo de pornografía muestran tasas más altas de comportamientos de riesgo, como por ejemplo las relaciones sexuales sin preservativo o la práctica de sexo en grupo con desconocidos (Ballester et al., 2022), siendo, además, el consumo adolescente de pornografía un predictor significativo de violencia sexual (Ybarra y Thompson, 2018).

Desde el 23 de abril de 2024, y para evitar prácticas abusivas, en la Unión Europea los portales de contenido pornográfico PornHub®, XVideos® y Stripchat®, por superan los 45 millones de visitas mensuales, deben acatar la nueva Ley de Servicios Digitales (Comisión Europea, 2024). Entre las medidas que deben cumplir se encuentra la obligación de presentar una serie de informes anuales de evaluación de riesgos e introducir medidas para mitigar los riesgos sistémicos vinculados a sus servicios. Además, tienen que ofrecer a los usuarios mecanismos para poder denunciar contenido ilegal que pueda aparecer en estas páginas y alertar inmediatamente a las autoridades, como por ejemplo casos de abuso sexual infantil. También deben trabajar en la implementación de controles de verificación de edad más eficaces.

4.6.2. Dependencias tecnológicas: internet y móvil

La mayor parte de las denominadas dependencias o adicciones tecnológicas no están oficialmente reconocidas como tales, aunque sí que están en constante estudio (Oelker et al., 2024; Pan et al. 2020; Rizzo y Alrarone, 2024; Sherer y Levounis, 2022). Como suele pasar en las denominadas adicciones comportamentales -la primera de las cuales se reconoció en 2013- se trata de establecer criterios fiables que eviten fundamentalmente falsos positivos. En cualquier caso, sí que hay unanimidad en la comunidad científica en usar los términos uso problemático, bien sea de Internet en general o del teléfono móvil.

4.6.3. Trastorno por juego online

Lo referido en el apartado anterior es también aplicable a los juegos de azar y de apuestas online (*online gambling*). Se está estudiando cómo poder extrapolar los criterios aplicables al juego presencial (Catania y Griffiths et al., 2022), pero es evidente que lo que está creciendo en el mercado del juego a nivel mundial es el juego online, especialmente en la población infanto-juvenil (Montiel et al., 2021; Mora-Salgueiro,

2021; Sirola et al., 2018), lo que ha provocado llamadas a la acción y a la regulación (Marionneau et al., 2023; Newall, 2023)

4.6.4. Adicción a videojuegos en Internet

La adicción a los juegos se describe en el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-5-TR), en donde esta afección se denomina trastorno de los juegos en Internet (IGD). El IGD se incluye en la sección que recomienda condiciones para futuras investigaciones, junto con el trastorno por consumo de cafeína y otras afecciones (Gentile et al., 2017; Macur y Pontes, 2021; Stevens et al., 2021). También está recogida en la CIE-11.

El DSM-5-TR señala que el IGD debe causar "un deterioro o malestar significativo" en varios aspectos de la vida de una persona. Esta condición propuesta se limita a los juegos y no incluye problemas con el uso general de Internet, los juegos de azar en línea o el uso de redes sociales o teléfonos inteligentes. Se proponen un conjunto de nueve síntomas, entre los que destacan: preocupación por los juegos, intentos fallidos de dejar de jugar, continuar jugando a pesar de los problemas o el uso de juegos para aliviar estados de ánimo negativos, como la culpa o la desesperanza. Según los criterios propuestos, un diagnóstico de trastorno de los juegos de Internet requeriría experimentar cinco o más de estos síntomas en un año. La afección puede incluir juegos en Internet con otras personas o solo.

5. ESTRATEGIAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL PROPUESTAS

Nuestra relación con la tecnología y sus efectos sobre nosotros tienen mucho que ver con la capacidad de reflexión sobre su uso que seamos capaces de adquirir. La prevención de efectos adversos a consecuencia de su empleo y las propuestas de un uso saludable se pueden diferenciar en tres niveles. Los dos primeros pertenecen al ámbito individual, mientras que el tercero implica un empeño colectivo.

5.1. ESTRATEGIAS COMUNITARIAS

5.1.1. El despertar

Cuando hace unas décadas Internet comenzó a ser una realidad existía la esperanza de que el mundo digital fuera un espacio relativamente feliz de información libre, entendimiento común y colaboración, en el que predominaran actitudes como la transparencia y la fiabilidad. Esta especie de sueño probablemente no se ajuste a la realidad actual.

Una de las estrategias más básicas de las empresas tecnológicas es hacernos creer que la solución empieza y acaba en el autocontrol y la responsabilidad personal. Poner toda la carga de responsabilidad en el usuario final sirve para eludir responsabilidades corporativas por parte de las empresas tecnológicas. Además, es injusto por desigual, ya que el grado de indefensión y vulnerabilidad del usuario frente a la empresa hace que la mayor parte de responsabilidad en la actuación deba recaer sobre la compañía.

La concienciación de que el problema no era primariamente personal provino originalmente de algunas personas que trabajaron en estas tecnológicas y se desengañaron al comprobar los modelos empresariales empleados y cuáles eran los objetivos del mercado de nuestra atención. Entre estas personas destacan Tristan Harris, director ejecutivo y cofundador del *Center for Humane Technology* o James Williams, investigador del Centro Uehiro de Ética Práctica de Oxford y autor del libro *Clics contra la humanidad* (Williams, 2021). Ambos son antiguos programadores de Google y ahora dedican sus esfuerzos a concienciar sobre un uso positivo de las tecnologías digitales y a denunciar los abusos por parte de las compañías.

Otras personas provienen del ámbito académico, como Shoshana Zuboff, socióloga y profesora emérita de Harvard Business School. Experta en la revolución digital y creadora del término capitalismo de vigilancia (Zuboff, 2020) ha elaborado una argumentación intelectual sobre el papel de las multinacionales tecnológicas en nuestra sociedad y los peligros y abusos que conlleva su praxis comercial. Por último, hay exponentes del mundo literario y periodístico como Nicholas George Carr, con su ya clásico libro "¿Qué está haciendo Internet con nuestras mentes? Superficiales" (Carr, 2017), la periodista española Marta Peirano que tiene dos libros muy interesantes ("*El enemigo conoce el sistema*", de 2019, y "*Contra el futuro*", de 2022) o Johann Hari con su reciente libro "*El valor de la atención: Por qué nos la robaron y cómo recuperarla*" (Hari, 2023).

Considerar la industria de los medios sociales como un DCS implica saber extrapolar a este campo lo aprendido en otros campos (Zanone et al., 2023a, 2023b).

5.1.2. Monitorización

Al igual que en el programa MPOWER de la OMS, la primera acción clave es la monitorización. En el tema 2 se han señalado tres razones para monitorizar las actividades de una industria que sea un DCS:

1. Porque son el principal obstáculo para evitar los daños que produce. No son el único, pero sí el más relevante y con diferencia.

2. Porque solo van a cambiar si se ven obligados a ello: son empresas y les va la supervivencia económica en ello.

3. Porque, si no se realiza esta actividad de monitorización, nuestros esfuerzos serán mucho menos productivos.

Es importante monitorizar los efectos que estas industrias ocasionan. Solo un análisis riguroso permitirá determinar las dimensiones del problema y establecer sus posibles causas. Este análisis será obviamente cuestionado por quien intenta sembrar dudas para evitar o posponer cualquier regulación que pueda perjudicar sus intereses.

Es importante analizar sus actividades, especialmente las promocionales (como las que tienen que ver con el marketing y la publicidad) y también las interferencias que pretenden ejercer para evitar, posponer o difuminar los procesos regulatorios.

De manera similar a otros DCS se trata de parar los pies a una industria que busca ofrecer una buena imagen pública y que no está dispuesta a ceder si no se ve obligada a ello. Por eso debe también monitorizarse la aplicación real de las medidas de control empleadas, su eficacia o ineficacia y las causas de ello.

5.1.3. Evitar el retraso en la regulación

Las regulaciones suelen aplicarse cuando hay evidencia concluyente al respecto. Por ello, un objetivo clave de toda industria que sea un DCS es "reorientar" la evidencia científica, sembrar dudas, conseguir que la cuestión aparezca como aún no resuelta

del todo y, consecuentemente, pueda ser pospuesta toda decisión que perjudique sus intereses.

Para ello es importante analizar los potenciales o reales conflictos de interés de quienes realizan las investigaciones o las revisiones.

5.1.4. No caer en el espejismo de la autorregulación

La única razón de ser de la autorregulación industrial es evitar una regulación real que perjudique los intereses de la industria. Esto ha sido expuesto en prácticamente todos los capítulos, porque es así.

Adicionalmente, toda industria intenta traspasar la responsabilidad de sus actuaciones a quienes son sus clientes, algo que es evidente en las industrias contaminantes y responsables del cambio climático, pero que también es obvio en otras que favorecen el consumo responsable.

5.1.5. Evitar los monopolios y controlar y modificar el modelo de negocio

En este campo de las industrias tecnológicas, el desarrollo de la IA, que explosionó a finales de 2023, ha hecho más conscientes a parte de nuestros gobernantes que con la IA no puede volver a pasar lo que pasó con Internet, que acabó en manos de unas pocas empresas, de las cuales nosotros -nuestros datos- somos el producto.

A lo largo de este tiempo se ha intentado proteger la privacidad, pero apenas se ha visto afectado el modelo de negocio, del que solo recientemente empezamos a ser conscientes.

5.1.6. Disminuir la accesibilidad a determinadas actividades y contenidos

Determinados contenidos no tienen porqué estar disponibles a un golpe de clic y gratis además en plan cebo, aunque la mayor parte de la población no vería problema en que pudieran estar accesibles para quienes se empeñaron en buscarlos (como ocurre ahora con los explosivos). Lo mismo podría ser aplicable a otras actividades, funciones o apps.

5.2. TÁCTICAS MÁS PERSONALES

Parar los pies a una serie de industrias poderosas no se hace de la noche a la mañana. Por ello, es relevante también disponer de recursos personales que nos permitan no estar indefensos ante las actividades no perfectamente reguladas de la industria.

Desde el punto de vista comunitario esto puede parecer menos importante que las medidas de control, pero tampoco son despreciables las tácticas más personales. Se trata de que no esté disponible comida en mal estado, pero si por casualidad (o intencionadamente) lo estuviera, es bueno saber detectarla.

Al igual que podemos caer en una secuencia de hábitos tecnológicos que nos reste control y atención, podemos también generar procesos inversos para mantenerlos o recuperarlos. El más evidente es la toma de conciencia del empleo que hacemos de estas tecnologías digitales y tomar decisiones conscientes sobre el modo de usarlas. Esto implica un cierto compromiso previo, en el que decidimos con antelación el tiempo de uso y el modo de empleo racional que no afecte a nuestra salud mental ni a nuestras relaciones sociales y profesionales. Estas decisiones nos ayudan a ser consecuentes en los momentos de uso y nos dan una cierta posición de control.

Lo ideal es que estos hábitos tengan motivaciones intrínsecas, es decir, que surjan de una decisión consciente de nuestra inteligencia y sean secundadas por nuestra voluntad. Adquirir estrategias de concentración y saber encontrar las motivaciones adecuadas para mantener un estado de atención coherente con la actividad que pretendemos llevar a cabo pueden ser ejemplos de técnicas intrínsecas.

Dependiendo de la capacidad de autodominio y de reflexión, estas decisiones pueden ser complementadas por otro tipo de actuaciones extrínsecas, de tipo tecnológico (p. ej., aplicaciones para limitar el tiempo de uso, silenciar notificaciones) o ambientales (p. ej., crear el entorno adecuado para evitar distracciones o prescindir de dispositivos por periodos concretos de tiempo). Estas actuaciones tienen además las ventajas de ayudar al autocontrol y a detectar posibles dependencias.

A estas actuaciones se pueden añadir hábitos de vida saludables que favorezcan un estado habitual de atención. Potenciar los momentos de reflexión o cuidar la alimentación y el sueño son grandes aliados del control de la atención (Jari, 2023).

Un segundo nivel de intervención está basado en el conocimiento. Lo queramos o no, los dispositivos móviles y las aplicaciones que usamos nos influyen de maneras que a veces no queremos y en muchas ocasiones ni siquiera sabemos en qué

medida nos afectan. Documentarse sobre los intereses comerciales de las compañías que nos proveen el ocio o las distracciones digitales, reflexionar e informarse antes de adquirir un dispositivo o de regalárselo a alguien, aún más si se trata de una persona menor de edad, son informaciones que nos otorgan un poder de decisión más consciente y, por tanto, más responsable.

Fomentar la visión crítica sobre los hábitos o dispositivos que incorporamos a nuestro estilo de vida personal o familiar. No dar por hecho la neutralidad de la tecnología, ya que ésta tiene un diseño y el diseño una finalidad que puede entrar en conflicto con otros de nuestros intereses o con nuestra propia salud.

Saber valorar los aspectos positivos de los avances tecnológicos, pero sin caer en un tecno-optimismo que anula nuestra capacidad de ver los efectos negativos. Ayuda también tener interés en seguir los avances en este campo, aunque no seamos expertos, conocer las nuevas aplicaciones y sus implicaciones sociales, seguir lecturas especializadas o asesorarse por personas con un mayor conocimiento.

Se tardarán décadas en valorar el impacto e influencia de la irrupción de las tecnologías digitales en nuestras vidas. Además, los cambios tecnológicos son cada vez más rápidos, por lo que sus efectos se solapan unos sobre otros, añadiendo confusión al ya confuso ecosistema digital. Pero los efectos adversos para la salud debidos a un diseño orientado exclusivamente al beneficio económico y que considera a la persona como parte del producto son más que evidentes. La sociedad civil debe reclamar a sus responsables una adecuada protección frente a las tácticas predatorias de muchas de estas industrias, sin que la responsabilidad última acabe sobre la persona individual, que siempre compite en desventaja contra estas grandes industrias. Se trata de crecer en capacidad de decisión sobre el grado y tipo de influencia que queremos que estas tecnologías tengan en nosotros y en nuestro entorno.

REFERENCIAS

Alfaro, A. C. (2020). Acoso escolar, ciberacoso y las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, *36*(3), 1-9.

Aliverdi, F., Farajidana, H., Tourzani, Z. M., Salehi, L., Qorbani, M., Mohamadi, F. y Mahmoodi, Z. (2022). Social networks and internet emotional relationships on mental health and quality of life in students: structural equation modelling. *BMC Psychiatry*, *22*(1):451. https://doi.org/10.1186/s12888-022-04097-6

Amnistía internacional (2022). *Los sistemas de Facebook promovieron la violencia contra la población rohinyá. Meta debe una reparación*. https://www.amnesty.org/es/latest/news/2022/09/myanmar-facebooks-systems-promoted-violence-against-rohingya-meta-owes-reparations-new-report/

Baker, B. (2024). *World´s most valuable technology companies in 2024*. Bankrate. https://www.bankrate.com/investing/most-valuable-tech-companies/

Ballester, L. (2023). Asociación entre el consumo de pornografía y las actitudes y conductas de agresión sexual. *La violencia sexual: sus causas y sus manifestaciones*, *13*,44. Asociacion-entre-el-consumo-de-pornografia-y-las-actitudes-y-conductas-de-agresion-sexual.pdf (researchgate.net)

Barbero-Alcocer, I. (2017). *Ciberbullying : perfil del ciberagresor en los institutos de la Comunidad de Madrid*. Redined. http://hdl.handle.net/11162/142083

Becerra, A. (2021). *Relaciones entre la calidad de sueño con estrés académico y bienestar en universitarios.* Tesis de Licenciatura en Psicología, Pontificia Universidad Católica del Perú.

Biota, I., Avilés, M. L., Dosil, M., Picaza, M. y Eiguren, A. (2021). Percepción de la población general sobre la pornografía y sus efectos sobre la masculinidad hegemónica. *Revista de Educación Social*, *33*, 578-597.

Carbonell, X. y Oberst, U. (2015). Las redes sociales en línea no son adictivas. *Aloma: revista de psicologia, ciències de l'educació i de l'esport, 33*(2), 13-19.

Carr, N. G. (2017). *Superficiales: ¿Qué está haciendo Internet con nuestras mentes?.* Taurus. https://datareportal.com/reports/digital-2023-global-overview-report

Catania, M. y Griffiths, M. D. (2022). Applying the DSM-5 criteria for gambling disorder to online gambling account-based tracking data: An empirical study utilizing cluster analysis. *Journal of Gambling Studies*, *38*(4):1289-1306. https://doi.org/10.1007/s10899-021-10080-9

Chapman, H. (2023). *How companies monetize internet and the social media*. Infegy. https://www.infegy.com/blog/how-companies-monetized-the-internet-and-social-media

Chen, E., Wood, D. y Ysseldyk, R. (2022). Online Social Networking and Mental Health among Older Adults: A Scoping Review. *Canadian Journal of Aging*, *41*(1):26-39. https://doi.org/10.1017/S0714980821000040.

Cohen, D. (2023). L'exposition des enfants à la pornographie est préoccupante. *La Revue du patricien*, *73*(4), 351.

Comisión Europea (2024). *Paquete de la ley de servicios digitales.* https://digital-strategy.ec.europa.eu/es/policies/digital-services-act-package

Dickerson, D. L., D'Amico, E. J., Kennedy, D. P., Brown, R. A., Klein, D. J., Etz, K., Johnson, C. L., Funmaker, G., Arvizu-Sanchez, V. y Malika, N. (2024). The role of social networks on depression and anxiety among a sample of urban American Indian/Alaska native emerging adults. *Journal of Adolescent Health*, *74*(3), 556-562. https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2023.10.023

Eichenberg, C., Schneider, R. y Rumpl, H. (2024). Social media addiction: associations with attachment style, mental distress, and personality. *BMC Psychiatry*, *24*(1), 278. https://doi.org/10.1186/s12888-024-05709-z.

Eyal, N. (2014). *Enganchado (Hooked): Cómo construir productos y servicios exitosos que formen hábitos*. Sunshine Business Dev.

Farias, M., Manieu, D., Baeza, E., Monsalves, C., Vera, N., Vergara Barra, P. y Leonario-Rodríguez, M. (2024). Social networks and risk of eating disorders in Chilean young adults. *Nutrición Hospitalaria*, *41*(2), 456-461. https://doi.org/10.20960/nh.04765

García, J. S. y Vázquez, A. Á. (2020). Influencers en Instagram y publicidad engañosa: la necesidad de regular y autorregular. *Estudios Sobre el Mensaje Periodístico*, *26*(4), 1611-1622. https://doi.org/10.5209/esmp.66921

García-Sanmartín, G. (2021). La soledad en los adolescentes y sus correlaciones con las fortalezas psicológicas y el abuso de las redes sociales. *Revista Sobre la Infancia y la Adolescencia*, *21*, 72. https://doi.org/10.4995/reinad.2021.14447

Garmendia Larrañaga, M., Jiménez Iglesias., E. y Larrañaga Aizpuru, N. (2019). Bullying y ciberbullying: victimización, acoso y daño. Necesidad de intervenir en el entorno escolar.Revista Española de Pedagogía, 77(273), 295-312. https://doi.org/10.22550/REP77-2-2019-08

Gentile, D. A., Bailey, K., Bavelier, D., Brockmyer, J. F., Cash, H., Coyne, S. M., Doan, A., Grant, D. S., Green, C. S., Griffiths, M., Markle, T., Petry, N. M., Prot, S., Rae, C. D., Rehbein, F., Rich, M., Sullivan, D., Woolley, E. y Young, K. (2017). Internet gaming disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, *140*(Suppl 2), S81-S85. https;//doi.org/10.1542/peds.2016-1758H.

Gutiérrez, J. (2021). *La trampa del sexo digital.* Almuzara

Hari, J. (2023). *El valor de la atención: por qué nos la robaron y cómo recuperarla*. Ediciones Península.

Interactive Advertising Bureau (2019). *Estudio Anual de Redes Sociales 2019*. IABSpain. https://bit.ly/2FnW3DE

Ivie, E. J., Pettitt, A., Moses, L. J. y Allen, N. B. (2020). A meta-analysis of the association between adolescent social media use and depressive symptoms. *Journal of Affective Disorders*, *275,* 165-174. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.06.014

Jiménez-Iglesias, E., Elorriaga-Illera, A., Monge-Benito, S. y Olabarri-Fernández, E. (2022). Exposición de menores en Instagram: instamadres, presencia de marcas y vacío legal. *Revista Mediterránea de Comunicación, 13*(1), 51-63.

Kahneman, D. (2012). *Pensar rápido, pensar despacio*. Debate.

Keilty, P. (2018). Desire by design: Pornography as technology industry. *Porn Studies, 5*(3), 338-342 https://doi.org/10.1080/23268743.2018.1483208

Klein, R. (2015). Inequality and the internet. *Democracy, a Journal of Ideas*, 37. https://democracyjournal.org/magazine/37/inequality-and-the-internet/

Kim, H. J., Fredriksen-Goldsen, K. I., Bryan, A. E. y Muraco, A. (2017). Social network types and mental health among LGBT older adults. *Gerontologist*, *57*(suppl 1), S84-S94. https://doi.org/10.1093/geront/gnw169

Kogstad, R. E., Mönness, E. y Sörensen, T. (2013). Social networks for mental health clients: resources and solution. *Community Mental Health Journal*, *49*(1), 95-100. https://doi.org/10.1007/s10597-012-9491-4

Lago Blanco, E., Carrera Bermúdez, C. y Seijas, R. (2019). Influencia de las páginas pro-anorexia y pro-bulimia en un grupo de pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Trastornos de la Conducta Alimentaria*, *16*, 1775-1793.

Levula, A., Harré, M. y Wilson, A. (2018). The association between social network factors with depression and anxiety at different life stages. *Community Mental Health Journal*, *54*(6), 842-854. https://doi.org/10.1007/s10597-017-0195-7

Litwin, H. y Levinsky, M. (2022). Social networks and mental health change in older adults after the Covid-19 outbreak. *Aging Mental Health*, *26*(5), 925-931. https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1902468

Liu, S., Aw, E. C. X., y Tan, G. W. H. (2022). Marketing de influencers en redes sociales: ¿cómo ayuda el contenido de los influencers?. En *Conferencia Internacional sobre Tecnologías Emergentes y Sistemas Inteligentes (pp. 68-78).* Cham: Springer International Publishing.

López-Iglesias, M., Tapia-Frade, A. y Ruiz-Velazco, C. M. (2023). Patologías y dependencias que provocan las Redes Sociales en los jóvenes nativos digitales. Revista de Comunicación y Salud, *13*, 1-21. http://doi.org/10.35669/rcys.2023.13.e301

Lucciarini, F., Losada, A. V., y Moscardi, R. (2021). Anorexia y uso de redes sociales en adolescentes. *Avances En Psicología*, *29*(1), 33-45. https://doi.org/10.33539/avpsicol.2021.v29n1.2348

Luo, H., Luo, D., Tang, Q., Niu, Z., Xu, J. y Li, J. (2023). The combined impact of social networks and connectedness on anxiety, stress, and depression during COVID-19 quarantine: a retrospective observational study. *Frontiers in Public Health*, *11*:1298693. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1298693

Macur, M. y Pontes, H. M. (2021). Internet Gaming Disorder in adolescence: investigating profiles and associated risk factors. *BMC Public Health*, *21*(1), 1547. https://doi.org/10.1186/s12889-021-11394-4

Marionneau, V., Ruohio, H. y Karlsson, N. (2023). Gambling harm prevention and harm reduction in online environments: a call for action. *Harm Reduction Journal*, *20*(1), 92. https://doi.org/10.1186/s12954-023-00828-4

Martín Critikián, D. y Medina Núñez, M. (2021). Redes sociales y la adicción al like de la generación Z. *Revista de Comunicación y Salud*, *11*, 55-76. https://doi.org/10.35669/rcys.2021.11.e28

Montag, C., Lachmann, B., Herrlich, M. y Zweig, K. (2019). Addictive features of social media/messenger platforms and Freemium games against the background of psychological and economic theories. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *16* (14), 2612. https://doi.org/10.3390/ijerph16142612

Montiel, I., Ortega-Barón, J., Basterra-González, A., González-Cabrera, J. y Machimbarrena, J.M. (2021). Problematic online gambling among adolescents: A systematic review about prevalence and related measurement issues. *Journal of Behavioral Addictions*, *10*(3), 566-586. https://doi.org/10.1556/2006.2021.00055

Mora-Salgueiro, J., García-Estela, A., Hogg, B., Angarita-Osorio, N., Amann, B.L., Carlbring, P., Jiménez-Murcia, S., Pérez-Sola, V. y Colom, F. (2021). The prevalence and clinical and sociodemographic factors of problem online gambling: A systematic review. *Journal of Gambling Studies*, *37*(3), 899-926. https://doi.org/10.1007/s10899-021-09999-w

Navarrete-Tola, M. J., Mera-Cañarte, A. M. y Mina-Ortiz, J. B. (2023). Influencia de los medios de comunicación y redes sociales en la adopción de conductas adictivas en adolescentes. *MQRInvestigar, 7*(3), 4383-4404. https://doi.org/10.56048/MQR20225.7.3.2023.4383-4404

Newall, P. W. S. (2023). Reduce the speed and ease of online gambling in order to prevent harm. *Addiction*, *118*(2), 204-205. https:doi.org/10.1111/add.16028

Oelker, A., Rumpf, H. J., Brand, M. y Müller, S. M. (2024). Validation of the ACSID-11 for consistent screening of specific Internet-use disorders based on ICD-11 criteria for gaming disorder: A multitrait-multimethod approach. *Comprehensive Psychiatry*, *132*, 152470. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2024.152470

Pan, Y. C., Chiu, Y. C. y Lin, Y. H. (2020) Systematic review and meta-analysis of epidemiology of internet addiction. *Neuroscience Biobehavioral Reviews*, *118*, 612-622. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.08.013

Peirano, M. (2019). *El enemigo conoce el sistema: Manipulación de ideas, personas e influencias después de la economía de la atención.* Debate.

Peirano, M. (2022). *Contra el futuro: Resistencia ciudadana frente al feudalismo climático*. Debate.

Peter, J. y Valkenburg, P. M. (2010). Procesos subyacentes a los efectos del uso de material sexualmente explícito en Internet por parte de los adolescentes: el papel del realismo percibido. *Investigación en comunicación*, *37*(3), 375-399. https://doi.org/10.1177/0093650210362464

Posner, M. I., Rafal, R. D., Choate, L. S. y Vaughan, J. (1985). Inhibition of Return: Neural basis and Function. *Cognitive Neuropsychology, 2*(3), 211-228.

Qin, Y., Omar, B. y Musetti, A. (2022). The addiction behavior of short-form video app TikTok: The information quality and system quality perspective. *Frontiers in psychology*, *13*. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.932805

Rizzo, A. y Alparone, D. (2024). Surfing alone: From internet addiction to the era of smartphone dependence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *21*(4):436. https://doi.org/10.3390/ijerph21040436

Robb, M. B., y Mann, S. (2023). *Teens and Pornography*. https://www.commonsensemedia.org

Save the Children España (2021). *(Des)información sexual: pornografía y adolescencia*. https://www.savethechildren.es/informe-desinformacion-sexual-pornografia-y-adolescencia

Sedano Colom, S., Lorente-De-Sanz, J., Ballester Brage, L. y Aznar-Martínez, B., (2024). Acceso, consumo y consecuencias del consumo de pornografía entre adolescentes: nuevos retos para la educación afectivo-sexual. Pedagogía Social. *Revista Interuniversitaria, 44*, 161-175. https://doi.org/10.7179/PSRI_2024.44.09

Sherer, J. y Levounis, P. (2022). Technological addictions. *Current Psychiatry Reports*, *24*(9), 399-406. https://doi.org/10.1007/s11920-022-01351-2

Sherif, A. (2024). *Digital transformation spending worldwide.* Statista. En:https://www.statista.com/statistics/870924/worldwide-digital-transformation-market-size/

Sirola, A., Kaakinen, M. y Oksanen, A. (2018). Excessive gambling and online gambling communities. *Journal of Gambling Studies*, *34*(4), 1313-1325. https://doi.org/10.1007/s10899-018-9772-0

Sixto-García, J. S. y Álvarez-Vázquez, A. (2020). Influencers en Instagram y publicidad engañosa: la necesidad de regular y autorregular. *Estudios Sobre el Mensaje Periodístico*, *26*(4), 1611-1622. https://doi.org/10.5209/esmp.66921

Skinner, B. F. (1974). *About Behaviorism*. Random House Inc.

Stevens, M. W., Dorstyn, D., Delfabbro, P. H. y King, D. L. (2021) Global prevalence of gaming disorder: A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *55*(6), 553-568. https://doi.org/10.1177/0004867420962851

Tanhan, F., Özok, H. İ., y Tayi Z, V. (2022). Gelişmeleri Kaçırma Korkusu (FOMO): Güncel bir derleme. *Psikiyatride GüNcel YaklaşImlar/Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *14*(1), 74-85. https://doi.org/10.18863/pgy.942431

Torres-Serrano, M. (2020). Fear of missing out (FoMO) and Instagram use: Analysis of the relationships between narcissism and self-esteem. *Aloma: Revista de Psicologia, Ciències de l'Educació i de l'Esport, 38*(1). https://doi.org/10.51698/aloma.2020.38.1.31-38

Valencia-Ortiz, R., Cabero-Almenara, J., Garay-Ruiz, U. y Fernández-Robles, B. (2021). Problemática de estudio e investigación de la adicción a las redes sociales online en jóvenes y adolescentes. *Tecnología, Ciencia y Educación, 18*, 99-125

Varchetta, M., Fraschetti, A., Mari, E., y Giannini, A. M. (2020). Adicción a redes sociales, Miedo a perderse experiencias (FOMO) y Vulnerabilidad en línea en estudiantes universitarios. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria, 14*(1), e1087. http://doi.org/10.19083/ridu.2020.1187

Villena, A. (2023*). ¿Por qué no?. Cómo prevenir y ayudar en la adicción a la pornografía*. Alienta editorial.

Vizcaíno-Verdú, A., Contreras-Pulido, P., y Guzmán-Franco, M. D. (2020). Construcción del concepto fanbullying: revisión crítica del acoso en redes sociales. Píxel-Bit. *Revista de Medios y Educación, 57*, 211-230. https://doi.org/10.12795/pixelbit.2020.i57.09

Wang, Y., y Zeng, Y. (2024). Relationship between loneliness and internet addiction: a meta-analysis. *BMC Public Health*, *24*(1):858. https://doi.org/10.1186/s12889-024-18366-4

Waugh, C. (2023). Pornography. In: Ali, P., Rogers, M.M. (Eds) *Gender-Based Violence: A Comprehensive Guide.* Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-031-05640-6_31

Waytogrow (2024). Effective strategies for website monetization: Top 11 trends in 2024. *Waytogrow*, https://www.waytogrow.com/blog/website-monetization-trends-2024/

Weigle, P. E. y Shafi, R. M. A. (2024). Social media and youth mental health. *Current Psychiatry Reports*, *26*(1), 1-8. https://doi.org/10.1007/s11920-023-01478-w.

Williams, J. (2021). *Clics contra la humanidad*. Gatopardo Ediciones.

Ybarra, M. L. y Thompson, R. E. (2018). Predicting the emergence of sexual violence in adolescence. *Prevention Science*, *19*(4), 403-415. https://doi.org/10.1007/s11121-017-0810-4

Zenone, M., Kenworthy, N., y Barbic, S. (2023a). The paradoxical relationship between health promotion and the social media industry. *Health Promotion Practice*, *24*(3), 571-574. https://doi.org/10.1177/15248399211064640

Zenone, M., Kenworthy, N., y Maani, N. (2023b). The social media industry as a commercial determinant of health. *International Journal of Health Policy and Management*, *12*, 6840. https://doi.org/10.34172/ijhpm.2022.6840

Zuboff, S. (2020). *La era del capitalismo de la vigilancia: La lucha por un futuro humano frente a las nuevas fronteras del poder*. Paidós

11

11 DETERMINANTES COMERCIALES DE SALUD Y GÉNERO: INTERESES COMERCIALES COMO PERPETUADORES DE ESTEREOTIPOS

Cleopatra R´Kaina y Miriam Otero

IDEAS CLAVE

1. Género es una herramienta de análisis y de transformación de la realidad humana. Este término se basa en distinguir entre lo que es dado por la naturaleza biológica, a lo que se le denomina "sexo", de las construcciones culturales hechas según los roles o estereotipos que cada sociedad asigna a los sexos, a las que se denomina "género".

2. Enfoque o perspectiva de género no hace relación primariamente a estudiar a las mujeres, ni tampoco al estudio del universo o de los intereses femeninos, ni tampoco al análisis de la vida sexual y la salud reproductiva, ni en hombres ni en mujeres. La utilización de enfoque de género permite un análisis más preciso de la realidad y aumenta la probabilidad de realizar intervenciones -preventivas y terapéuticas- más específicas y eficaces, tanto en mujeres como en hombres.

3. Aunque la evidencia científica no es muy abundante en los determinantes comerciales de salud más recientemente identificados, en los más clásicos (como el tabaco y el alcohol) es absolutamente concluyente: las industrias de productos básicos no saludables explotan los ideales de género para promover sus productos.

4. Estas industrias reaccionan a la evolución social de las normas de género alineándose aparentemente con la promoción de causas femeninas y con el empoderamiento de las mujeres. Lo que estas actividades hacen en realidad es crear nuevos mercados de consumidoras o aumentar los existentes. De esta manera, a la par que aumentan sus ganancias, estas industrias adquieren un aura de prestigio, algo que refuerza su imagen de interlocutores importantes en la sociedad civil. Esta imagen contribuye a disminuir la probabilidad de que sus actividades sean controladas adecuadamente.

1. INTRODUCCIÓN: SEXO Y GÉNERO

Las diversas enfermedades no transmisibles (ENT) afectan tanto a hombres como a mujeres, aunque indudablemente existen diferencias entre ambos sexos tanto en su prevalencia como en las consecuencias que pueden presentar.

En las conductas que presentan un fuerte componente adictivo, la toxicidad y la adictividad tienden a ser relativamente similares en ambos sexos, al igual que lo son los mecanismos de incorporación al consumo y los de cesación. Pese a ello, se aprecian diferencias que pueden tener relevancia en las estrategias de control, así como en la prevención y el tratamiento.

La distinción sexo/género es hoy una categoría de análisis intelectual imprescindible que aporta una mejor comprensión de las diferencias y semejanzas que ocurren en los diversos fenómenos humanos. Con independencia de que el término haya surgido originalmente de una determinada antropología con la que se pueda estar más o menos de acuerdo, es una categoría de análisis –y de transformación social– útil. Desde un punto de vista científico, y también jurídico, el problema no se centra en el uso del término género, sino en su delimitación conceptual.

El diccionario de la Real Academia de la Lengua Española divide los sexos en dos: macho y hembra en el caso de todas las especies animales (incluida la humana), hombre y mujer, en el caso específico de la especie humana. El término género originalmente se refiere a la lingüística y, al menos en las lenguas indoeuropeas, se aprecian tres géneros: masculino, femenino y neutro.

A partir de la segunda mitad del pasado siglo, en el mundo anglosajón comenzó a utilizarse el término **"***gender***"** (traducido al castellano como "género"), con otra significación; en concreto, se utilizó para designar las diferencias socioculturales entre el hombre y la mujer. Con ello se pretendía afirmar que es preciso distinguir entre lo que es dado por la naturaleza biológica, a lo que se le denomina "sexo", de las construcciones culturales hechas según los roles o estereotipos que cada sociedad asigna a los sexos, a las que se denomina "género". En efecto, al analizar el sexo en sus múltiples vertientes se constata que está enraizado en lo biológico, pero tanto la conciencia que se tiene de las implicaciones de la propia sexualidad como el modo de manifestarla socialmente están profundamente influidas por el marco sociocultural [Organización Mundial de la Salud (OMS), 2024].

En definitiva, mientras que *sexo* se refiere a las características biológicas que son comunes a todas las sociedades y culturas (lo *dado*), *género* hace relación a una construcción cultural correspondiente a los roles o estereotipos que en cada sociedad se asignan a los sexos, a los rasgos que han ido moldeándose –aprendiéndose– a lo largo de la historia de las relaciones sociales (lo *construido*) (Korsvik y Rustad, 2021).

Las diferencias biológicas son el origen de las diferencias de género existentes, pero los modos en que se determina el papel que desempeñan las mujeres y los hombres van más allá de las particularidades físicas y biológicas que distinguen a cada sexo. Las diferencias de género se construyen socialmente y se inculcan sobre la base de la percepción que tienen las distintas sociedades acerca de la diversidad física, preferencias y capacidades entre mujeres y hombres. De este modo, mientras las diferencias en materia de sexo son más inmutables, las de género varían según las culturas y cambian a través del tiempo para responder a las transformaciones de la sociedad.

Los modos del ser masculino y femenino en una sociedad tienen mucho de convencional. Aun así, no siempre es fácil determinar, discriminar, claramente qué puede ser lo natural en los sexos de lo que es convención social. En la ciencia médica y psicológica, el problema surge al analizar una conducta o una actitud: se observan diferencias, pero no siempre es obvio a qué se deben estas.

Las dificultades de separación categórica que se aprecian en todas las discusiones acerca del binomio naturaleza-cultura (*nature-nurture*) ejemplifica esto. Parte de los roles sociales atribuidos dependen –o pueden depender– de los condicionamientos biológicos. Obviamente, en ocasiones los roles que socialmente se asignan a uno y otro sexo en una sociedad concreta son absolutamente convencionales, pero cabe la posibilidad de que no puedan variarse algunas funciones socialmente asignadas al hombre y a la mujer sin violentar –al menos, en cierto modo– la naturaleza. El análisis de la conducta de los otros primates superiores (como chimpancés, gorilas u orangutanes) tiende a apoyar esto, aunque la versatilidad cultural humana dificulta bastante más el análisis.

Tanto en los defensores como en los detractores del término "género" existe con frecuencia una cierta imprecisión terminológica (en ocasiones mantenida intencionadamente). Esta imprecisión puede hacer aparecer como antagónicas estas posturas, pero en el fondo presentan un gran acuerdo. Por otra parte, también puede suceder que las propias definiciones se hagan ya impregnadas de la postura que se va a adoptar y no sean neutrales en su punto de partida. En general, tienden a iden-

tificar los campos semánticos de los términos "sexo" y "género" aquellas personas que rechazan la mayor parte de los postulados feministas, así como parte del movimiento "trans" (Errasti y Pérez Álvarez, 2022).

Desde un punto de vista antropológico, la cuestión clave no está en la utilización del concepto de género, sino en cómo –partiendo de las observaciones y de los propios *a priori* de cada persona- se intentan explicar las relaciones entre sexo y género. En la actualidad casi nadie tiende a considerar que a cada sexo -el determinado biológicamente- le corresponderían unas funciones sociales que serían invariables a lo largo de la historia y tendían a atribuir al hombre las funciones públicas (política, economía, trabajo remunerado) y relegaban a la mujer al ámbito de lo privado (cría y educación de los hijos e hijas, cuidado de familiares, economía doméstica), al trabajo no-productivo o re-productivo. A lo largo de la historia, esto ha originado una subordinación de la mujer respecto al hombre, que tuvo consecuencias en la estructura social y en el ordenamiento jurídico. Diversas manifestaciones prácticas -muchas veces jurídicas- de esta subordinación persisten aún, tanto en nuestra sociedad como en otras sociedades (Zamfira et al., 2018).

Con la intención inicial de evitar cualquier supremacía de uno u otro sexo, determinadas concepciones feministas tendieron a intentar cancelar las diferencias y a considerarlas como simple efecto de un condicionamiento histórico-cultural. En este intento de nivelación o igualdad, la diferencia corpórea (el sexo) se minimiza, mientras la dimensión estrictamente cultural (el género) queda subrayada al máximo y pasa a ser considerada la primaria.

Este obscurecimiento intencionado de la diferencia o dualidad de los sexos, que pretendía favorecer perspectivas igualitarias para la mujer y liberarla de todo determinismo biológico, ha conseguido parte de sus objetivos, pero a la vez ha dado origen a problemas, cuestión en parte lógica, ya que la tentativa de liberar a la persona humana de todo condicionamiento biológico puede reflejar un trasfondo ideológico que dificulta analizar la realidad.

Esto quizá explica la aparente paradoja por la que, a pesar de que el hecho de que la mujer sea una persona de pleno derecho en el mundo occidental se debe a buena parte del movimiento feminista, una parte de las mujeres occidentales no se reconocen o identifican con el término "feminista", aunque son claramente partidarias de la igualdad de derechos (Omedes, 2024; Scharff, 2019).

En la actualidad la mayor parte de los intentos conceptuales de comprensión buscan la relación, la interdependencia, pero no la identidad entre sexo y género. Se parte de la base de que, independientemente de su sexo, las personas comparten las capacidades básicas y que desarrollarlas más o menos es una cuestión de educación y se procuran evitar los errores pasados que en gran parte fueron negativos para la mujer (probablemente también para el hombre, aunque en menor grado). Se procura profundizar de manera rigurosa –no siempre fácil en este campo– en la diversidad existente en la naturaleza sexuada de la persona, sin que esto implique subordinación, sino en todo caso reciprocidad asimétrica (en ocasiones denominada complementariedad).

2. PERSPECTIVA DE GÉNERO

En definitiva, la distinción sexo/género es hoy una categoría de análisis intelectual imprescindible que aporta una mejor comprensión de las diferencias y semejanzas que ocurren en los diversos fenómenos humanos. Esta categoría es una herramienta científica útil para el análisis de determinadas desigualdades en salud.

La evidencia muestra que hombres y mujeres se ven afectados de manera distinta por determinados problemas de salud, reaccionando habitualmente también de un modo diferente ante ellos, y que las razones de estas diferencias no siempre son meramente biológicas, presentando también fuertes –en ocasiones, exclusivos– componentes sociales.

La razón de ser del enfoque o perspectiva de género (*gender focus*) viene justificada por la presencia de realidades diferenciales, independientemente de las causas de éstas.

Enfoque o perspectiva de género no hace relación primariamente a estudiar a las mujeres, ni tampoco al estudio del universo o de los intereses femeninos, ni tampoco al análisis de la vida sexual y la salud reproductiva, ni en hombres ni en mujeres.

La utilización de enfoques de género permite un análisis más preciso de la realidad y aumenta la probabilidad de realizar intervenciones –preventivas y terapéuticas– más específicas y eficaces, tanto en mujeres como en hombres.

El lenguaje empleado –en las publicaciones científicas y divulgativas– en ningún caso es neutro. El uso asimétrico de los géneros en el lenguaje presente en algunos idiomas como el castellano, puede no ser *per se* discriminatorio; aun así, sí que puede contribuir a mantener categorías mentales previas y dificultar la asunción *natural* de una realidad plurisexual. Por ello, en la medida de lo posible –si no dificulta grandemente la comunicación– es preferible usar un lenguaje no invisibilizador de una gran parte de la sociedad.

Cuando en un determinado campo se considera que no existe perspectiva de género –o que esta es neutra– lo más habitual es que esta sea, por defecto, masculina; que inconscientemente predomine la visión o el sesgo natural de quienes realizan el análisis. Hay algunas excepciones a esto, como p. ej., la anorexia nerviosa o el cáncer de mama, en los que los hombres que los padecen pueden verse tratados de forma menos adecuada porque el marco de referencia global es predominantemente –no exclusivamente– femenino. Pero lo más frecuente es lo contrario, que el marco de referencia investigador sea masculino, aunque quizá no de una manera consciente.

Al igual que sucede en otros campos científicos, es conveniente que también en salud pública los conocimientos transmitidos, aceptados y asumidos a partir de modelos o circunstancias predominantemente masculinas sean adecuadamente filtrados y re-elaborados a partir de un enfoque de género específico, con el fin de conseguir que los sesgos que actualmente poseen los datos o los análisis no den lugar a una aplicación menos eficaz, tanto en hombres como en mujeres.

Así, por ejemplo, aunque en teoría el tratamiento de la heroinomanía es relativamente similar en ambos sexos, las heroinómanas (20-25% de los casos) tienden a diferenciarse de los heroinómanos (75-80% de los casos): es más frecuente que padezcan depresión; tienden a presentar menor autoestima y mayores sentimientos de inutilidad; es mucho más probable que su pareja sea también heroinómana; suelen tener un menor nivel educativo; y suelen presentar un mayor número de infecciones de transmisión sexual. Todas estas circunstancias requieren un abordaje más específico en estas mujeres. Pasa algo similar con la dependencia alcohólica: en las mujeres suele haber un mayor ocultamiento y un diagnóstico más tardío, hay un mayor estigma, presentan un mayor autodesprecio, incluso más auto-odio (*more self-hatred*) y su evolución es peor (Arostegui y Martínez, 2018).

En nuestro campo –y, en concreto, en los DCS– un enfoque de género permite un mejor diagnóstico –por ello, un mejor abordaje, clínico y comunitario– de las circunstancias concretas que afectan a la salud, a la enfermedad, a la manera de enfren-

tarse a ellas y a las consecuencias que de ellas se derivan. Sea por circunstancias genéticas, hormonales o ambientales, es en las conductas donde mayores diferencias se observan entre los sexos, independientemente de que estas conductas sean consideradas trastornos o no por los diversos manuales e independientemente de que sean factores de riesgo de enfermedad, que es de lo que versa esta monografía.

La OMS (2024) señala que el género influye en la experiencia y el acceso de las personas a la atención sanitaria. La forma en que se organizan y brindan los servicios de salud puede limitar o permitir el acceso de una persona a la información, el apoyo y los servicios de atención médica, y al resultado de esos encuentros. También señala que los servicios de salud deben ser asequibles, accesibles y aceptables para todas las personas, y deben prestarse con calidad, equidad y dignidad.

Es conveniente que la investigación de género se realice con perspectivas interseccionales; es decir, con cómo debe verse el género con otros marcadores de diferencia como la edad, la clase social, la etnicidad o la funcionalidad. Un análisis aislado puede llevar a conclusiones erróneas (Korsvik y Rustad, 2021).

Además de una herramienta de análisis, género es también una herramienta de transformación social, ya que cuando se descubren desigualdades (inequidades), lo humano parece intentar resolverlas. Aquí se plantea un problema y es determinar cuándo una diferencia puede ser considerada una desigualdad. Las diversas sensibilidades feministas discrepan a este respecto: mientras que hay quien considera que prácticamente toda diferencia es señal de desigualdad hay otras personas que la existencia de una diferencia no es necesariamente señal de desigualdad (de falta de equidad).

Aunque enfoque de género, no hace propiamente relación a "mujer", cuando se aborda esta cuestión es frecuente que se resalten las diferencias específicas que existen en la población femenina en comparación con la masculina, ya que suele tenderse a realzar lo que habitualmente ha sido menos investigado o desarrollado (Dalmau, 2021; Nerín y Jané, 2007) o aquello en lo que más se podría mejorar (Fitzgerald et al., 2023). En el campo de los DCS -especialmente en aquellos que presentan un fuerte componente adictivo (como tabaco, alcohol, opiáceos o juego)- históricamente la mayor parte de los análisis tenían más en cuenta a la población numéricamente más afectada, los hombres.

Además de afectar directamente a la población femenina, las normas de género nocivas (sobre todo, aquellas relacionadas con nociones rígidas de masculinidad)

también pueden afectar negativamente la salud y el bienestar de los niños y de los hombres. Por ejemplo, nociones específicas de masculinidad pueden alentar a niños y hombres a fumar, correr riesgos sexuales y otros riesgos de salud, consumir alcohol y no buscar ayuda o atención médica. Estas normas de género también contribuyen a que los niños y los hombres cometan actos de violencia, además de ser ellos mismos sujetos a la violencia. También pueden tener graves implicaciones para su salud mental. Unas rígidas normas de género pueden también afectar negativamente a las personas con identidades de género diversas, que a menudo enfrentan como resultado violencia, estigma y discriminación, incluso en entornos de atención médica (OMS, 2024). De hecho, una gran preocupación de la OMS en los países de medianos y bajos ingresos es cómo proteger a los niños de tener que demostrar que ya son hombres incorporándose a determinados consumos o realizando diversas actividades peligrosas, muy frecuentemente relacionadas con DCS (Morrow y Barraclough, 2010). En la mayor parte de estos países son los hombres las principales víctimas de las industrias relacionadas con los DCS (que no se relacionan con contaminantes ambientales), mientras que las niñas y las mujeres tienden a estar más protegidas por determinadas normas y actitudes culturales, aunque ahora ellas son la gran posibilidad de expansión de estas industrias.

Aunque hay quien piensa que las ENT son proporcionales a la riqueza nacional, un análisis detallado muestra que las poblaciones más afectadas por estas enfermedades se encuentran entre las más pobres en muchos países y, por lo tanto, la incidencia de enfermedades es un marcador de pobreza, no de riqueza (Manderson y Jewett, 2023). Al analizar por género las variaciones que se encuentran en cinco países (México, Brasil, Sudáfrica, India y Nigeria), observan diferencias y concluyen que estas están asociadas con normas de género que varían según el contexto y no con vías biológicas específicas del sexo.

3. TÁCTICAS DE LA INDUSTRIA GÉNERO-ESPECÍFICAS

3.1. PUBLICIDAD Y PATROCINIO

A la hora de promocionar sus productos, todas las industrias -influyan o no en la salud de la población- suelen mostrar una gran conciencia de género, basándose frecuentemente en aspiraciones e ideales de género. Esto es más llamativo con

aquellos productos que históricamente se han asociado con la masculinidad, pero a los que ahora se intenta abrir nuevos mercados, creando demanda en la población femenina, adulta o juvenil (Ulucanlar et al., 2016). La publicidad es intentar contactar con las ilusiones y expectativas de los diversos grupos de personas que conforman la sociedad, para lo cual solo puede desmarcarse ligeramente de la normatividad. Por eso, la publicidad siempre tiende a ir detrás de los cambios sociales, y lo que hace habitualmente es utilizar los estereotipos para sintonizar con su público diana y conseguir así perpetuarlos (Enseigner l´égalité, 2024).

En la publicidad, los múltiples mensajes e imágenes de género, además de servir para promocionar productos potencialmente perjudiciales para la salud, pueden tener efectos directamente dañinos al reforzar estereotipos de género que sean problemáticos, o demasiado idealizados o simplemente imposibles de alcanzar. Comparadas con los hombres, es bastante más probable que en la publicidad, las mujeres aparezcan como seres más pasivos, quizá domesticados o en actitudes más decorativas, a la par que el cuerpo femenino tiene más probabilidades de aparecer más sexualizado y también más fragmentado. Además de alimentar expectativas y consumos poco saludables, estas imágenes también contribuyen con tales representaciones no sólo a fomentar aspiraciones y consumos poco saludables, sino que también "contribuyen a la cosificación de las mujeres y desempoderamiento" (Bernard et al., 2015; Hill y Friel, 2020; Shields, 1997).

En los países de altos ingresos, la industria de los cigarrillos empezó antes que las del alcohol y otras sus campañas de marketing enfocadas a las mujeres. Un recurso prácticamente universal respecto al marketing dirigido a las mujeres es emplear la preocupación por la imagen corporal. Ya lo hizo Lucky Strike en 1929 en la que fue la primera campaña publicitaria dirigida a mujeres (University of Ottawa Digital History, 2013). Posteriormente, llegaron los anuncios de alimentos bajos en calorías y de bebidas alcohólicas "light". Esta preocupación y su utilización comercial sigue hoy en día: una búsqueda en Google en mayo de 2024 sobre "*light alcoholic drinks*" lo primero que propone es "*for ladies*". Aparte de la imagen corporal, aspectos como la sofisticación, la independencia o el atractivo han sido vinculados a los diversos productos (Duke University, 2019).

La publicidad dirigida a la población femenina ha ido evolucionando conforme han ido cambiando las normas sociales. Así, por ejemplo, en los años 80 del siglo pasado en las sociedades occidentales los anuncios de tabaco y alcohol tendían a asociar sus productos con la emancipación y liberación de la mujer, recalcando su independencia y realización. En la década de 1980, por ejemplo, tanto la publicidad

del tabaco como la del alcohol hacían referencia al movimiento de liberación de la mujer asociando sus productos con aspiraciones de emancipación y realización femenina. Según Shields (1997) las industrias "recirculan los mensajes tradicionales de género de nuevas maneras", aparentando que celebran el empoderamiento de las mujeres, a la par que subvierten propiamente el mensaje ya que asocian un producto de mero consumo con su realización.

A diferencia de otras industrias, las tabacaleras de Estados Unidos, tras perder un juicio, se vieron obligadas a entregar su documentación. Se dispone, por tanto, de multitud de escritos, que muestran las conversaciones, las intenciones y las tácticas que empleaban. El cinismo que subyace tras estas estrategias y tácticas de marketing es evidente en muchas de estas discusiones internas. Se observa que "las industrias de productos básicos poco saludables están dispuestas a asociar sus marcas con discursos de empoderamiento siempre que estos se alineen con las normas sociales prevalecientes y no en realidad desafían los sistemas dominantes de privilegios y subordinación" (Hill y Friel, 2020), animándose a las mujeres a manifestar su propia personalidad y su libertad mediante el consumo; un consumo que es presentado como realizador de expectativas de delgadez, atractivo sexual y elegancia. Según Törrönen y Rolando (2016), pese a invocar la liberación femenina, esta publicidad "no empodera a las mujeres como sujetos integrales multidimensionales", sino que "repite representaciones de género 'progresistas' mientras refuerza las normas y expectativas tradicionales de género". Adicionalmente, no parece lógico intentar asociar liberación con consumo de sustancias o la realización de actividades potencialmente adictivas (OMS, 2011).

Históricamente, en apariencia por considerarlas más conscientes de la salud o sus problemas, las compañías tabacaleras promocionaban cigarrillos bajos en alquitrán y "light" fundamentalmente a las mujeres (Feeny et al., 2021). Las actividades de sembrar la duda sobre la seguridad de algo pueden por tanto afectar diferenciadamente a los sexos (Manni et al., 2021). El patrocinio deportivo femenino está mucho más extendido en el mundo anglosajón, siendo un foro para promoción de marcas. En el mundo del fútbol femenino Budweiser® patrocinó durante muchos años la selección nacional femenina de fútbol de Estados Unidos; ahora lo patrocina Coca-Cola®, entre otros. Ambas marcas (Budweisser® y Coca-Cola®) patrocinan actualmente el equipo de fútbol femenino de Inglaterra; la selección española femenina de fútbol es patrocinada, entre otras marcas, por Cervezas Victoria.

Los mercados del alcohol y del tabaco en los países más desarrollados económicamente han "madurado"; es decir, son relativamente similares las prevalencias de

consumo entre hombres y mujeres y, además, no van a crecer mucho más, sino más bien lo contrario. Aun así, siguen llegando a la población juvenil (Lyons et al., 2024). Esto ha hecho que estas empresas estén orientando su actividad hacia los llamados mercados emergentes. Otras industrias responsables de DCS, como las grandes multinacionales de la alimentación o del juego, también lo orientan, ya que, aun con un relativo menor poder adquisitivo, son la mayor parte de la población mundial (Maani et al., 2023).

Un campo en el que la publicidad o promoción se dirige fundamentalmente a las mujeres es el de la publicidad de medicamentos (Ashadi y Shah, 2023; Fisher y Ronald, 2010).

3.2. RESPONSABILIDAD SOCIAL CORPORATIVA (RSC)

Simultáneamente con las campañas publicitarias, cada vez es más frecuente que estas multinacionales intentan vender una imagen de ser algo así como "socialmente progresistas", concepto que –pese a la globalización– puede ser variable en las distintas culturas. Involucrarse en campañas o actitudes acerca de la equidad de género ha sido utilizado por estas industrias para prácticas de responsabilidad social corporativa (RSC) o para conseguir inversores, algo que refuerza su peso en el ámbito público y, consecuentemente, político (Hill y Friel, 2020).

A medida que la publicidad de los productos no saludables va viéndose restringida por la acción de la sociedad civil y los gobiernos, estas industrias buscan potenciar, tanto su imagen pública como su influencia política, mediante actividades de RSE o donaciones a organizaciones benéficas o colaboraciones con ellas (Maani et al., 2023). En los países occidentales las "causas" de las mujeres han sido durante mucho tiempo blanco de tales prácticas, especialmente por parte de las tabaqueras y algo menos por las del alcohol; así, compañías como la *Bristish American Tobacco* (BAT) o marcas de cerveza o whisky han patrocinado el Día Internacional de la Mujer (Hill y Friel, 2020).

Al igual que ocurre con la publicidad, las actividades de RSC acerca del "empoderamiento" femenino se están centrando en países de ingresos bajos y medios; en ellos las mujeres representan un mercado en crecimiento: en primer lugar, porque es donde hay mayores diferencias de prevalencias en casi todos los consumos; y en segundo lugar porque, por efecto de una "inevitable" globalización, se ven presionadas a adquirir actitudes y conductas características del mundo occidental actual (Tausch, 2016). De este modo, compañías tabaqueras realizan grupos de autoayuda o programas

de empoderamiento en Latinoamérica o el Sudeste asiático, y dos de las principales compañías de bebidas alcohólicas (AB Inveb y Diageo) colaboran en programas que combaten la violencia de género (AB InBev, 2020; Bizcommunity, 2023). Este tipo de actividades les otorga un cierto perfil "responsable" mejorando su reputación, promoviendo sus marcas concretas y, a la par, es un buen señuelo para distraer la atención del papel del alcohol en la violencia contra las mujeres (Aboagye et al., 2022).

3.3. INFLUENCIA SOBRE EL PODER ESTRUCTURAL

Las tácticas de promoción y RSC esconden estrategias que refuerzan los aspectos estructurales y el poder económico de los DCS. Estas estrategias pueden crear -y crean- determinadas condiciones capaces de aumentar ciertas desigualdades de género, perjudicando algunos de los determinantes sociales de la salud de las mujeres y las niñas (Lencucha y Thow, 2019).

Cuando las corporaciones actúan para proteger lo que entienden por las libertades de mercado realizan estructuras y procesos que tienden a reforzar su posición dominante. Esto, que en principio afecta igual a mujeres y hombres, indirectamente puede poner en desventaja a las mujeres y a las niñas en términos de poder económico y político, ya que el mercado tiende a mercantilizar diversas actividades que se consideran más típicamente masculinas, a la par que infravalora una serie de trabajos que tradicionalmente han sido asumidos por mujeres y niñas, como los servicios de cuidados, las tareas domésticas, las desiguales cargas reproductivas o la educación temprana. Esta distinción se formalizó en el siglo XIX cuando la creación de la "corporación" efectivamente consolidó la subordinación del trabajo del no-mercado al trabajo del mercado (Beneria, 1999).

En el mercado laboral suele observarse que existe una mayor representación femenina en aquellos empleos más informales, más ocasionales y con peor remuneración, a la par que asumen la responsabilidad principal de los esfuerzos domésticos no remunerados y gran parte de los trabajos de cuidados (Sen y Ostlin, 2008). Datos sobre la situación actual del empoderamiento económico de las mujeres en España pueden encontrarse en Dancausa et al. (2021) y en el mundo en UN Women (2024).

El poder estructural de los DCS es implícito e institucionalizado. Puede decirse que las acciones estratégicas de estas industrias tienden a reforzar una filosofía predominante que privilegia los objetivos económicos y la libertad de mercado sobre otros objetivos sociales, apuntalando así las desigualdades ya existentes entre mujeres y hombres (Hill y Friel, 2020).

4. IMPLICACIONES PARA LA INTERVENCIÓN

Los objetivos de la promoción de cualquier producto suelen ser aumentar su aceptación social e incrementar las ventas, dirigiéndose para ello a los estratos de población que consideran más idóneos. El análisis de las características internas y externas de las campañas publicitarias y de promoción y patrocinio de los diversos DCS muestra que estas se realizan casi siempre con una perspectiva de género y que no siempre (en ocasiones, nunca) el público al que van destinados es la población adulta.

Una primera estrategia clave de control es la monitorización: monitorización adecuada de los problemas, monitorización intensiva de las industrias problemáticas y sus actividades, y monitorización de las acciones de control.

Si los intentos de normalización -las campañas de promoción de los diversos DCS- son realizados desde perspectivas género-específicas, parece lógico que las estrategias de desnormalización que realice Salud Pública también lo sean, obviamente por razón de eficacia, los esfuerzos preventivos también deberían serlo. Realizar esfuerzos preventivos sin tener en cuenta la diferente vulnerabilidad de las potenciales personas consumidoras es cuando menos una pérdida de energías y tiempo. En este sentido, Feeny et al. (2021) resaltan la importancia de la protección genero-específica de la promoción, sean las medidas inespecíficas (como *enforce*, hacer cumplir) o específicas (p. ej., campañas).

En tabaco, a la hora de aplicar el Convenio Marco del Control del Tabaco (CMCT) y el programa de medidas MPOWER (OMS, 2008), se ha señalado la importancia de que, aunque determinadas medidas sean aparentemente género-inespecíficas (como subir el precio o crear espacios sin humo), sus consecuencias -positivas o negativas- pueden ser distintas en ambos sexos y no precisamente por motivos biológicos (Amos et al., 2012; Greaves, 2014; Nerín y Jané, 2010).

Aunque un determinado DCS afecte por igual a hombres y a mujeres, las diversas motivaciones para iniciarse y/o mantenerse en la conducta o consumo no tienen por qué ser similares en ambos sexos. Ignorar las especificidades de género puede tener un coste significativo, reflejado en la menor eficacia de los programas preventivos y/o de tratamiento.

Un último aspecto digno de ser reseñado sería el resaltar la importancia del tema del enfoque de género y de rellenar las lagunas existentes. A pesar de que hay un

consenso creciente de la importancia de este tema, en gran parte la investigación de diversas disciplinas se sigue investigando sin atender a este factor, que igual no es relevante en un caso concreto, pero puede serlo (Korsvik y Rustad, 2021; Saxena et al., 2022). Entre los aspectos a mejorar, están evitar la infrarrepresentación de mujeres en los ensayos clínicos controlados y formar al personal sanitario e investigador en que este no debería ser un tema optativo, al igual que no lo es todo lo que tiene que ver con el rigor metodológico.

REFERENCIAS

AB InBev (2020). Bringing people together for a better world: 2020 Environmental, social, and governance report. https://www.ab-inbev.com/content/dam/abinbev/news-media/press-releases/2021/02/AB%20InBev%20ESG%20Report%202020%20HD%20Final.pdf

Aboagye, R. G., Ahinkorah, B. O., Tengan, C. L., Salifu, I., Acheampong, H. Y., y Seidu, A. A. (2022). Partner alcohol consumption and intimate partner violence against women in sexual unions in sub-Saharan Africa. *PLoS One*, *17*(12), e0278196. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0278196

Amos, A., Greaves, L., Nichter, M., y Bloch, M. (2012). Women and tobacco: a call for including gender in tobacco control research, policy and practice. *Tobacco Control*, *21*(2), 236-43. https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2011-050280

Aróstegui-Santamaría, E. y Martínez-Redondo, P. (2018). Mujeres y drogas. *Manual para la prevención de recaídas con perspectiva de género*. Instituto Deusto de Drogodependencias, Universidad de Deusto, Bilbao.

Asadi, L. K., y Shah, A. A. (2023). Gender bias in antidepressant direct-to-consumer pharmaceutical advertising. *Comprehensive psychiatry*, *123*, 152384. https://doi.org/10.1016/j.comppsych.2023.152384

Beneria, L. (1999) Globalization, gender and the Davos Man. *Female Economics, 5*, 61–83. http://doi.org/10.1080/135457099337815.

Bernard, P., Gervais, S., Allen J., Campomizzi, S. y Klein, O. (2015). Body parts reduction and self-objectification in the objectification of sexualized bodies. *Revue internationale de psychologie sociale*, *28,* 39-61 https://www.cairn.info/revue--2015-1-page-39.htm.

Bizcommunity (2023). Carling Black Label takes a stand with #NoExcuse campaign to combat GBV (Gender-based violence). https://www.bizcommunity.com/Article/196/179/244157.html#

Dalmau, R. (2021). Women and tobacco: A gender perspective. *E-Journal of Cardiology Practice*, *20*(3). https://www.escardio.org/Journals/E-Journal-of-Cardiology-Practice/Volume-20/women-and-tobacco-a-gender-perspective

Dancausa, M. G., Millán, M. G., Hernández, R., y Jimber, J. A. (2021). The Spanish Labor Market: A Gender Approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(5), 2742. https://doi.org/10.3390/ijerph18052742.

Duke University (2019). *Consuming women, liberating women: The evolution of advertising to women.* https://sites.duke.edu/womenandadvertising/exhibits/women-in-advertising/from-housewife-to-superwoman-the-evolution-of-advertising-to-women/

Enseigner l´égalité (2024). *How advertising perpetuates stereotypes.* https://enseignerlegalite.com/en/how-advertising-perpetuates-stereotypes/

Errasti, J., y Perez Álvarez, M. (2022). *Nadie nace en un cuerpo equivocado: éxito y miseria de la identidad de género.* Ediciones Deusto.

Feeny, E., Dain, K., Varghese, C., Atiim, G. A., Rekve. D. y Gouda, H. N. (2021). Protecting women and girls from tobacco and alcohol promotion. *British Medical Journal*, *374,* n1516. https://doi.org/10.1136/bmj.n1516.

Fisher, J. A., y Ronald, L. M. (2010). Sex, gender, and pharmaceutical politics: From drug development to marketing. *Gender Medicine*, *7*(4), 357–70. https://doi.org/10.1016/j.genm.2010.08.003

Fitzgerald, J., Schutt-Aine. J., Houghton, N., De Bortoli Cassiani, S. H, Báscolo, E., Alarcón, G., y Nascimento Sena, A. G. (2023). La importancia del enfoque de género en la construcción de sistemas de salud resilientes, equitativos y universales. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *47,*e135. https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.135

Greaves, L. (2014). Can tobacco control be transformative? Reducing gender inequity and tobacco use among vulnerable populations. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *11*(1), 792–803. https://doi.org/10.3390/ijerph110100792.

Hill, S. E., y Friel, S. (2020). As long as it comes off as a cigarette ad, not a civil rights message: gender, inequality and the Commercial Determinants of Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17*(21), 7902. https://doi.org/10.3390/ijerph17217902.

Korsvik, T. G. y Rustad, L. M. (2021). *¿Qué es la dimensión de género en la investigación?* Editorial de la Universidad de Cantabria. https://doi.org/10.22429/Euc2021.021

Lencucha, R. y Thow, A. M. (2019). How neoliberalism is shaping the supply of unhealthy commodities and what this means for NCD prevention. *International Journal of Health Policy Management*, *8*(9), 514–520. https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.56

Lyons, A. C., Kersey, K., Emslie, C., Dimova, E., y Burrows, A. (2024). Digital alcohol marketing and gender: A narrative synthesis. *Drug and alcohol review*, 10.1111/dar.13849. Advance online publication. https://doi.org/10.1111/dar.13849

Maani, N., van Schalkwyk, M. C. I., Filippidis, F. T., Knai, C. y Petticrew, M. (2021). Manufacturing doubt: Assessing the effects of independent vs industry-sponsored messaging about the harms of fossil fuels, smoking, alcohol, and sugar sweetened beverages. *SSM Population Health*, *17,* 101009. https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2021.101009

Maani, N., Petticrew, M., y Galea, S. (2023). *The Commercial Determinants of Health.* Oxford University Press.

Manderson, L., y Jewett, S. (2023). Risk, lifestyle and non-communicable diseases of poverty. *Global Health*, *19* (1), 13. https://doi.org/10.1186/s12992-023-00914-z

Morrow, M., y Barraclough, S. (2010). Gender equity and tobacco control: bringing masculinity into focus. *Global Health Promotion, 17*(1 Suppl), 21–8. https://doi.org/10.1177/1757975909358349

Nerín, I., y Jané, M. (2007). *Libro blanco sobre mujeres y tabaco. Abordaje con una perspectiva de género*. Zaragoza: Comité para la Prevención del Tabaquismo y Ministerio de Sanidad y Consumo.

Nerín, I., y Jané, M. (2010). Políticas de género de ámbito global en el control y la prevención del tabaquismo. *Salud Pública Mexicana*, *52*(Suppl 2), S304–14. https://doi.org/10.1590/s0036-36342010000800028

Omedes, E. (2024). *El número de chicas jóvenes que se considera feminista baja por primera vez hasta el 57,4%, diez puntos menos que en 2021.* 20 minutos. .https://www.20minutos.es/noticia/5224898/0/numero-chicas-jovenes-que-se-considera-feminista-baja-por-primera-vez-hasta-57-4-diez-puntos-menos-que-2021/

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2008). *MPOWER.* https://iris.who.int/handle/10665/43891

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011). *Gender, health, tobacco, and equity*. Geneva. https://www.who.int/publications/i/item/9789240004849

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2024). *Gender and health.* https://www.who.int/health-topics/gender#tab=tab_1

Saxena, A., Lasher, E., Somerville, C. y Heidari, S. (2022). Considerations of sex and gender dimensions by research ethics committees: a scoping review. *International Health*, *14*(6), 554–561. https://doi.org/10.1093/inthealth/ihab093

Scharff, C. (2019). *Por qué tantas mujeres jóvenes no se identifican con el término feminista*. BBC News Mundo. https://www.bbc.com/mundo/noticias-47185833

Sen, G., y Ostlin, P. (2008), Gender inequity in health: why it exists and how we can change it. *Global Public Health*, *3(*Suppl 1), 1–12. https://doi.org/10.1080/17441690801900795

Shields, V. R. (1997). Selling the Sex That Sells: Mapping the Evolution of Gender Advertising Research Across Three Decades. *Annals of the International Communication Association*, *20*, 71–109.

Tausch, A. (2016). Is globalization really good for public health? *International Journal of Health Planning and Management*, *31*(4), 511–536. https://doi.org/10.1002/hpm.2315.

Törrönen, J., y Rolando, S. (2016). Women's changing responsibilities and pleasures as consumers: An analysis of alcohol-related advertisements in Finnish, Italian, and Swedish women's -magazines from the 1960s to the 2000s. *Journal of Consumer Culture*, *17*, 794–822.

Ulucanlar, S., Fooks, G. J., Gilmore, A. B. (2016). The policy dystopia model: an interpretive analysis of tobacco industry political activity. *PLoS Medicine*, *13*(9), e1002125. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002125

UN Women (2024). *Facts and Figures: Economic Empowerment.* https://www.unwomen.org/en/what-we-do/economic-empowerment/facts-and-figures

University of Ottawa Digital History (2013). *Weight and Slimness Advertisements.* https://omeka.uottawa.ca/jmccutcheon/exhibits/show/american-women-in-tobacco-adve/weight-and-slimness-advertisem

Zamfira, A., de Montlibert, C., y Radu, D. (2018). *Gender in Focus: Identities, Codes, Stereotypes and Politics*. Barbara Budrich Verlag: Leverkusen (Germany)

12

12 LOS DETERMINANTES COMERCIALES DE LA SALUD COMO GENERADORES DE DESIGUALDAD SOCIOECONÓMICA

Julia Rubio y F. Javier Ayesta

IDEAS CLAVE

1. Existe un gradiente social en el estado de salud, donde las personas con menor educación, menor clase ocupacional o menores ingresos tienden a morir a una edad más temprana y a tener una mayor prevalencia de problemas de salud. Estas desigualdades ocurren incluso en países donde el acceso a la atención médica es universal y gratuito. Esto muestra que los servicios de salud siempre necesitarán acciones complementarias de otros sectores para garantizar la equidad en salud.

2. Los consumos y conductas relacionadas con los diversos Determinantes Comerciales de Salud (DCS) son mucho más prevalentes en las poblaciones socialmente más desfavorecidas, contribuyendo de una manera apreciable a las desigualdades de salud. Es una cuestión de justicia proteger a estas poblaciones de las industrias que difunden los diversos DCS.

3. Las medidas de control son una herramienta útil para disminuir tanto la prevalencia de estos problemas como las desigualdades que generan. La evidencia científica que más eficacia ha demostrado es aplicar los denominados impuestos de salud sobre los distintos productos y actividades. Ello implica un trabajo coordinado entre el Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Hacienda, entre otros.

1. DESIGUALDADES SOCIALES EN SALUD

El concepto de desigualdades sociales en salud se refiere a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, género, territorio o etnia y que se manifiesta como una peor salud de los colectivos menos favorecidos (Whitehead, 1992).

Se denominan "desigualdades" a aquellas diferencias que se consideran injustas y evitables. Sus causas se encuentran tanto en las estructuras sociales subyacentes, como en el impacto que las políticas, la economía y el marco legal tienen en los diferentes grupos poblacionales. Es importante destacar la dimensión ética de las desigualdades, así como la responsabilidad de las diferentes políticas en su producción o mantenimiento. Reducir las desigualdades en salud debe ser un objetivo clave de las políticas públicas (Forster et al., 2018; Stronks et al., 1996).

En una sociedad justa, sería de esperar que toda la población tuviera una esperanza de vida similar, independientemente de quién sea o dónde viva; sin embargo, las personas que viven con ingresos bajos tienden a sufrir más enfermedades y morir antes que las personas que viven con ingresos altos; del mismo modo, también influye el territorio: la gente de áreas más pobres tiende a morir antes que la gente de áreas más ricas (Mackenbach et al., 2019; Whitehead, 1992). Estas diferencias poblacionales no se aplican a todos los individuos, pero pueden verse en toda la población en su conjunto. Un ejemplo que refleja estas desigualdades es que hoy en día un bebé nacido en el distrito londinense de Kensington y Chelsea tiene una esperanza de vida de 83,3 años, frente a los 74,7 años de alguien nacido en Blackpool. Asimismo, también en Inglaterra, una niña nacida en el distrito de Chiltern, en Berkshire, tiene una esperanza de vida de 86,7 años, frente a los 79,8 años si nace en Middlesbrough (Office for National Statistics, 2023).

Existen gradientes en salud que se asocian con la desigual distribución de oportunidades sociales, económicas y educativas. La riqueza, la educación y el acceso a los servicios no se distribuyen de manera homogénea en las diversas sociedades, ya que las personas pertenecientes a grupos de determinados niveles socioeconómicos presentan una mayor prevalencia de enfermedad, incapacidad o muerte prematura se encuentran en situación de desventaja.

En el informe de 2010, "Sociedad justa, vidas saludables", Michael Marmot y su equipo empezaron dejando clara la dimensión moral de abordar desigualdades en

salud: "Las desigualdades son una cuestión de vida o muerte, de salud y enfermedad, de bienestar y miseria. El hecho de que hoy en Inglaterra personas de diferentes grupos socioeconómicos experimenten diferencias evitables en salud, bienestar y duración de la vida es, sencillamente, injusto e inaceptable" (Marmot et al., 2010).

La estrategia SALUD 21 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sistematiza los factores determinantes de la salud en cuatro ejes de desigualdad: 1) socioeconómicas, donde se incluye la educación, 2) género, 3) minorías y 4) por discapacidad (Acheson, 1998).

1.1. DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS Y EDUCACIÓN

Las desigualdades en salud crecen a la par que las diferencias socioeconómicas. La pobreza es definida por el nivel de ingresos, nivel socioeconómico, condiciones de vida o nivel de estudios. Asimismo, la pobreza se relaciona con un mayor consumo de sustancias adictivas (i.e., tabaco, alcohol y drogas ilegales), mayores niveles de depresión, suicidio, comportamiento antisocial y violencia, así como un mayor riesgo de inseguridad alimentaria y una amplia gama de sintomatología (Mackenbach et al., 2019).

Otro determinante importante es la educación, ya que existe una correlación directa entre los niveles educativos y la morbimortalidad, similar a la observada en el caso de los ingresos. La educación es un poderoso marcador de posición social, ya que afecta a las personas desde una etapa temprana de sus vidas, con consecuencias posteriores a lo largo de su vida (OMS, 2008).

Los estudios indican que más del triple de personas del grupo socioeconómico más bajo mueren prematuramente en comparación con el grupo socioeconómico más alto (Ash.briefing, 2019).

1.2. LOS OTROS EJES DE LA DESIGUALDAD

1.2.1. Desigualdad de género

La desigualdad de género en salud viene condicionada por los diferentes roles sociales asignados a los sexos, así como por la diferente distribución del poder y la riqueza. Las mujeres viven más que los varones; sin embargo, la doble carga de trabajo en el hogar y en el lugar de empleo conlleva una mayor morbilidad, siendo más propensas a sufrir depresión y ansiedad; por su parte, los varones sufren más accidentes y abuso de alcohol (Borrell et al., 2004).

1.2.2. Minorías étnicas, migrantes y refugiados

Los grupos pertenecientes a minorías étnicas, inmigrantes y refugiados están en especial riesgo de mal estado de salud. Es preciso adaptar los servicios sociosanitarios desde el punto de vista cultural y lingüístico a estas poblaciones (Marmot et al., 2010).

1.2.3. Desigualdades por discapacidad

La discapacidad es definida en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud como "término genérico que incluye déficits, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación. Indica los aspectos negativos de la interacción entre un individuo (con una "condición de salud") y sus factores contextuales (factores ambientales y personales)".

1.2.4. Área geográfica

Aparte de los cuatro ejes principales de desigualdad citados, se ha puesto de manifiesto que el área geográfica también es un determinante de la salud. El territorio se considera otro eje de desigualdad, ya que hay diferencias entre unas áreas y otras en cuanto a recursos, servicios, calidad de medioambiente, entre otros.

Existen espacios urbanos claramente delimitados, en cuya población concurren situaciones estructurales de pobreza grave y marginación social, y en los que se aprecian problemas de vivienda, deterioro urbanístico, déficit de infraestructura, equipamiento y servicios públicos. En estas áreas también hay un elevado índice de absentismo y fracaso escolar, altas tasas de desempleo y carencias formativas profesionales. Además, se caracterizan por tener deficiencias higiénico-sanitarias y fenómenos de desintegración social. Las personas que viven en áreas geográficas de mayor privación presentan un estado de salud más deteriorado (Acheson, 1998; Stronks et al., 1996).

Según la Curva de Preston (Preston, 2007), hay una relación transnacional positiva entre la esperanza de vida y el ingreso real *per cápita*. En promedio, la esperanza de vida es mejor en los países con mayor Producto Interior Bruto (PIB) *per cápita*. Esta relación general parece mantenerse independientemente del tamaño de la población. Sin embargo, en niveles más altos de desarrollo, la asociación entre ingresos y esperanza de vida se debilita: aunque Luxemburgo es más rico que el resto de los estados miembros de la Unión Europea (en términos *per cápita* y ajustados por la paridad del poder adquisitivo), su esperanza de vida es menor que en otros países. Por lo tanto, la Curva de Preston sugiere que el ingreso es un determinante de las

desigualdades en salud entre países, pero un mayor PIB *per cápita* no es una condición suficiente para mejorar la salud de la población (Forster et al., 2018). Esto es aplicable también a las regiones dentro de un mismo país.

1.3. DESIGUALDAD DE INGRESOS Y EL SISTEMA SANITARIO

La desigualdad de ingresos en una sociedad también está asociada con desigualdad en salud. Las desigualdades de ingresos se relacionan con una mayor frecuencia de la mayoría de los problemas asociados con el bajo estatus social dentro de las sociedades. Estos incluyen la esperanza de vida, los trastornos mentales, la obesidad, la mortalidad infantil, los embarazos en adolescentes, los homicidios, el encarcelamiento, el nivel educativo, la desconfianza y la movilidad social (Forster et al., 2018).

Al hablar de desigualdades es importante también tener en cuenta el papel que juega en ellas el sistema sanitario. Además de mejorar la salud de la población, todo sistema sanitario debe intentar disminuir las diferencias entre subgrupos de población, promoviendo que determinados grupos no estén siempre en desventaja respecto a otros en el acceso a los servicios de salud y la consecución de la salud óptima. Los cuidados de salud podrían tener un impacto potencial más grande en los grupos más desfavorecidos.

2. ASOCIACIÓN DE LOS DETERMINANTES COMERCIALES DE LA SALUD (DCS) CON LAS DESIGUALDADES

La desigualdad social es un fenómeno multifacético, que caracteriza la distribución desigual de la propiedad y el poder, los ingresos y la riqueza, la educación, la participación en el mercado laboral, el acceso a los servicios de salud y la seguridad social, así como las oportunidades de participar en actividades sociales y culturales (Henkel y Zemlin, 2016).

A continuación, se expone la relación existente entre diferentes DCS y las desigualdades socioeconómicas o socioeducativas.

2.1. TABACO

Aunque el consumo de tabaco es un comportamiento muy normalizado en bastantes sociedades, hay subpoblaciones en las que las tasas de prevalencia son mucho más elevadas que la media de la población general: es más prevalente entre las personas con trastornos psiquiátricos, así como entre las que sufren deprivación socioeconómica y grupos socioeducativos desfavorecidos. Quienes pertenecen a estos grupos con desventajas específicas tienen muchas más probabilidades de fumar y menos posibilidades de abandonar el tabaco (Carnazza et al., 2023; Disney et al., 2023; Gregoraci et al., 2017;). Estas diferencias se observan desde edades tempranas (Alves et al., 2023; Rathmann et al., 2016) y son especialmente llamativas en lo que hace relación al consumo de tabaco durante el embarazo (Bonello et al., 2023).

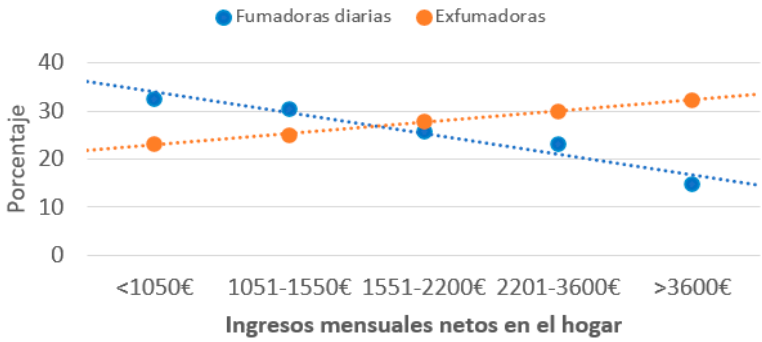
Las dificultades sociales van acompañadas de mayores tasas de consumo, menos beneficios de las medidas de control y menores tasas de abandono. Proporcionalmente, el consumo de tabaco se lleva una parte mayor de los ingresos de las personas más desfavorecidas, lo que contribuye aún más a su empobrecimiento y empeora la salud actual y futura.

En los países con alta prevalencia de consumo de tabaco, se produce un aumento de dichas tasas a medida que disminuye el estatus socioeconómico, con una fuerte asociación entre el consumo de tabaco y marcadores de desventaja social. Esta asociación se ha ido haciendo más en las últimas décadas, ya que las tasas de abandono del tabaco en los países más desarrollados económicamente han sido mayores entre las personas con niveles socioeducativos más altos. En los países de menos ingresos, la prevalencia de consumo siempre ha sido mayor en la población más desfavorecida.

En España, la última Encuesta Nacional de Salud (ENSE) disponible revela esto mismo (ENSE, 2017): a medida que disminuye la clase social, aumenta el consumo de tabaco. La prevalencia entre quienes se clasifican en una clase social baja es 10 puntos porcentuales mayor (28%) que entre los clasificados en una clase social alta (18%), más de un 50% superior. La Comisión Europea en 2017 vio que, en Europa, la prevalencia del consumo de tabaco entre los parados es de aproximadamente el 50%, siendo ésta la prevalencia más alta que observada cuando se clasifica la población en función con su actividad profesional. En España, la prevalencia del consumo diario de tabaco entre los desempleados es mayor que la de aquellos que tienen empleo.

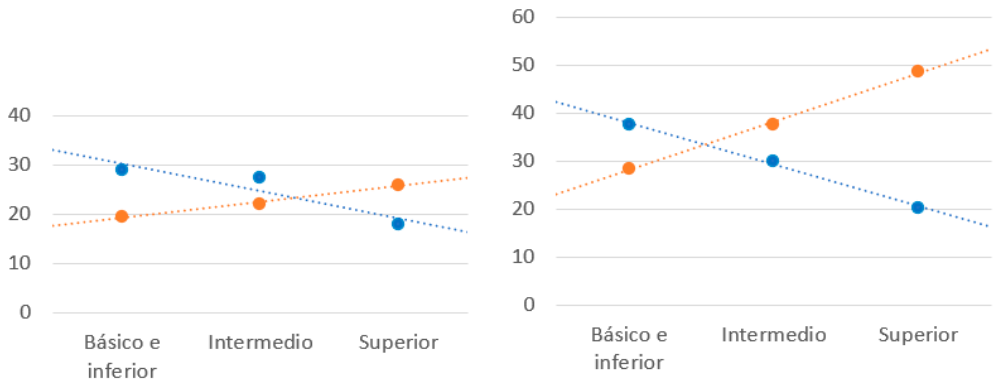
Por otro lado, en los hogares con mayores ingresos no solo fuman menos personas, sino que hay mayor porcentaje de personas exfumadoras que en los hogares con menos ingresos; estos datos muestran que las personas económicamente más acomodadas fuman menos y hay más porcentaje de personas que dejan de fumar (Figura 1).

Figura 1: Porcentaje de consumo de tabaco en personas de 25 a 64 años en relación con los ingresos mensuales netos en el hogar



Fuente: elaboración propia a partir de ENSE (2017).

Figura 2. Diferencias por sexos (mujeres, izquierda; hombres, derecha) en el porcentaje de quienes fuman diariamente (en azul) y en quienes han dejado de fumar (en naranja). Población española de 25 a 64 años



Fuente: elaboración propia a partir de ENSE (2017).

2.2. ALCOHOL

La carga de los daños relacionados con el alcohol recae más sobre ciertos grupos, se ha observado una variedad de desigualdades, incluidas desigualdades basadas en el estatus socioeconómico, el nivel educativo, el sexo, el origen étnico y el lugar de residencia (Loring, 2014; Probst et al., 2014; Trías-Llimós et al., 2022; Trías-Llimós y Spijker, 2022). En cualquier caso, al abordar los problemas relacionados con el alcohol, debe afrontarse la cuestión de las desigualdades en salud (Iacobucci, 2023).

La relación entre el alcohol y el estatus socioeconómico es compleja (Boyd et al., 2021; Probst et al., 2020). No siempre siguen el gradiente típicamente observado para muchos otros factores de riesgo, según el cual el daño por el consumo aumenta al disminuir el nivel socioeconómico. Para comprender cómo reducir las desigualdades, es necesario considerar las diferencias en la frecuencia de los atracones de alcohol, el tipo de alcohol consumido, el patrón de consumo, la cantidad de alcohol consumida, las vulnerabilidades y exposiciones a factores positivos y negativos y los daños a la salud por consumo de alcohol (Loring, 2014; OMS, 2018).

En general, los grupos socioeconómicos más bajos consumen menos alcohol y tienen más probabilidades de ser abstemios que los de mayor nivel económico. Sin embargo, con el mismo nivel de consumo, experimentan niveles más altos de daños relacionados con el alcohol que aquellos grupos más pudientes. Las desigualdades en las muertes y los problemas de salud relacionados con el alcohol son más pronunciadas que las diferencias en el consumo de alcohol en todos los gradientes sociales (Schmidt et al., 2010). Las variaciones en el patrón de consumo de alcohol, especialmente el consumo excesivo de alcohol, pueden tener una mayor influencia en los daños relacionados con el alcohol que el consumo general de alcohol (Loring, 2014).

2.2.1. Beber *vs.* no beber: variaciones por nivel socioeconómico

Tanto a nivel individual como poblacional, las tasas de consumo de alcohol están asociadas con mayores ingresos. Por lo tanto, dentro de cualquier sociedad, las personas más pobres tienen más probabilidades de ser abstemios que las personas más ricas (Bloomfield et al., 2006). Si se comparan sociedades, las tasas de abstinencia son más altas en las sociedades más pobres que en las más ricas (Probst et al., 2017).

La relación entre una tasa de abstinencia social y el PIB es particularmente fuerte por debajo de un umbral de PIB de alrededor de 20.000 dólares per cápita por año en 2010 (medido en dólares en paridad de poder adquisitivo) (Probst et al., 2017).

Esto también se observa en España: según la ENSE (2017), hay un mayor porcentaje de personas con nivel básico e inferior de estudios que no han consumido bebidas alcohólicas nunca o que no lo han hecho en el último año y, en cambio, este porcentaje va bajando según aumenta el nivel de estudios. Asimismo, el porcentaje de gente de hogares con menores ingresos que no ha consumido bebidas alcohólicas nunca o no lo ha hecho en el último año es mayor que el porcentaje de gente de hogares con mayores ingresos.

2.2.2. Variaciones en la cantidad y el patrón de consumo de alcohol según el estatus

En cuanto al riesgo de daño para quien consume alcohol, los aspectos más importantes del consumo de alcohol para tener en cuenta son: un volumen peligroso de consumo (24 gramos de etanol por día) y si hay episodios de consumo excesivo de alcohol (beber alrededor de 60 gramos de etanol). Al menos en los países de ingresos más altos, se ha descrito que los patrones de distribución de consumo excesivo de alcohol por nivel socioeconómico varían entre sociedades (Devaux y Sassi, 2015; OMS, 2018).

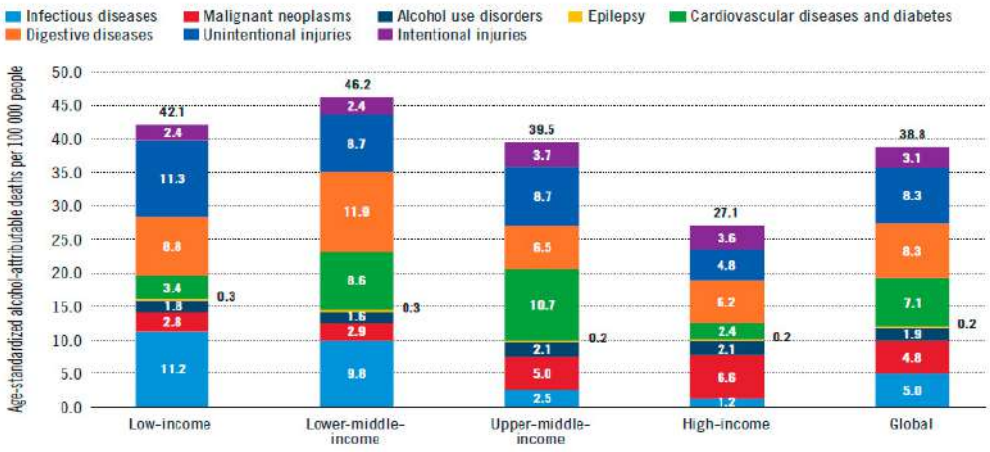
2.2.3. Daños a la salud por el consumo de alcohol y el "daño por litro".

Parece haber una relación moderadamente negativa entre el ingreso nacional bruto y los niveles de daño a la salud causado por el alcohol. El aumento del comportamiento de alto riesgo en una sociedad más rica parece estar más que contrarrestado por cambios en otros factores que van de la mano con una mayor riqueza social (OMS, 2018).

A nivel individual, los daños derivados de una determinada cantidad y patrón de consumo de alcohol son mayores para los bebedores más pobres y sus familias que para los bebedores más ricos en cualquier sociedad determinada (Schmidt y Room, 2012): existe una clara relación negativa entre el estatus socioeconómico y la mortalidad atribuible al alcohol (OMS, 2018) (Figura 3).

El "daño por litro" de alcohol es sustancialmente mayor para los bebedores más pobres que para los más ricos. Este mayor "daño por litro" es un hallazgo consistente para muchos tipos diferentes de daños causados por el consumo de alcohol, entre los que se encuentran: enfermedades crónicas (como la cirrosis hepática), lesiones por beber (tanto al bebedor como a otras personas a su alrededor) y enfermedades infecciosas en las que el consumo de alcohol influye en la vulnerabilidad o la propagación de la infección o en la interrupción del régimen de tratamiento (OMS, 2018).

Figura 3. Muertes atribuibles al alcohol a nivel mundial por grupos de países por ingresos



Fuente: OMS, 2018.

Un estudio escocés ilustra los cambios en el "daño por litro" según las categorías de posición o estatus financiero en una sociedad (Katikireddi et al., 2017). En este estudio, las tasas de hospitalización o muerte inducidas por el alcohol están fuertemente determinadas por el estatus social, los resultados generales del estudio proporcionan evidencia de que el estatus socioeconómico modifica el efecto que tiene el consumo de alcohol sobre el daño a la salud. Los resultados del estudio subrayan cuánto trabajo aún queda por hacer (tanto en investigación como en intervenciones políticas) sobre las interacciones entre el comportamiento de consumo de alcohol y otros factores relacionados o afectados por el estatus social.

2.3. PESO, COMIDA NO SALUDABLE Y ACTIVIDAD FÍSICA

Las causas del sobrepeso y la obesidad son complejas; no son solo genéticas, metabólicas y psicológicas, sino también sociales. Para comprender la relevancia que las disparidades sociales y los determinantes sociales ejercen sobre el peso de una persona, es importante fijarse en el papel que tienen los siguientes aspectos (Cockerham, 2022):

- El nivel socioeconómico y las desigualdades en la niñez: determinado por ingresos, educación y ocupación. Es algo que se va arrastrando desde la cuna al resto de la vida.

- El estilo de vida: elegir un estilo de vida saludable está influenciado por las distintas prácticas sociales (circunstancias de clase, edad, género, raza/etnia, colectividades y condiciones de vida) y por la cultura en la selección de alimentos y la conciencia de la obesidad.

- El entorno social y la desventaja vecinal: la publicidad y el círculo social cercano (familiares y amigos) influyen en el peso de un individuo, ya sea positiva o negativamente, promoviendo una alimentación saludable o no saludable.

- El estrés: hay personas que enfrentan el estrés mediante una ingesta calórica excesiva.

El sobrepeso y la obesidad (o el exceso de peso cuando se consideran ambos) se han convertido en un importante problema de salud pública. Una de las áreas de investigación en este campo es la identificación de desigualdades relacionadas con la distribución del sobrepeso y la obesidad, incluidas diferencias por sexo, edad, factores socioeconómicos individuales o contextuales, o patrones geográficos, ya que puede ayudar a comprender mejor estos problemas y a adaptar las intervenciones de salud pública (Gutiérrez-González et al., 2023).

Un equipo del Centro Nacional de Epidemiología del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII) y de la Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN) ha llevado a cabo una investigación sobre la prevalencia del exceso de peso en España (Gutiérrez-González et al., 2023). Los resultados del estudio señalan que un tercio de los niños, niñas y adolescentes tiene sobrepeso, y que uno de cada diez sufre obesidad. En personas adultas, estos porcentajes son del 55,8% y el 18,7%, respectivamente. Esta investigación también encuentra que un menor nivel educativo, un menor nivel de renta, la discapacidad y la presencia en el hogar de personas con obesidad son factores relacionados con una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad. Las prevalencias de exceso de peso son menores en los hogares con adultos con niveles educativos altos o en las secciones censales cuya renta media de ingresos económicos es más elevada (Gutiérrez-González et al., 2023).

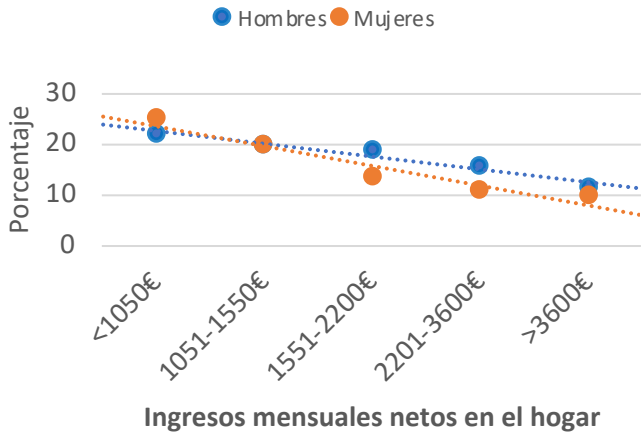
En cuanto a la distribución de los dos indicadores de adiposidad (obesidad y sobrepeso) y según factores socioeconómicos, se observa un gradiente inverso en ambos

sexos con el nivel educativo alcanzado y con la renta personal. Otro hecho a resaltar es que, aunque los hombres tienen mayores prevalencias de obesidad y sobrepeso, las desigualdades en las cifras de prevalencia en relación con factores socioeconómicos son más evidentes entre las mujeres (Gutiérrez-González et al., 2023). El hecho de que la obesidad sea más prevalente en hombres que en mujeres, quizás sea debido parcialmente a las mayores ingestas calóricas de ellos (Ruiz et al., 2015).

Los datos de la ENSE (2017) muestran que en ambos sexos hay mayor porcentaje de personas obesas en los hogares más pobres y que ese porcentaje va descendiendo según van aumentando los ingresos netos en el hogar (Figura 4). Otro foco de atención relevante en la epidemiología del sobrepeso y la obesidad son las desigualdades en su prevalencia según variables socioeconómicas, teniendo en cuenta el nivel de educación y la renta.

En España también se observa una relación inversa entre el exceso de peso y el nivel educativo alcanzado (Gutiérrez-González et al., 2023) (Figura 5). Un menor nivel de educación se ha asociado también con peores estimadores en actividad física (Gutiérrez-Fisac et al., 2012), especialmente entre las mujeres (Maestre-Miquel et al., 2015), así como peores hábitos alimentarios, como un menor consumo de frutas y verduras (Craveiro et al., 2021), mayor consumo de bebidas azucaradas y de comida rápida o menor adherencia a la dieta mediterránea (Gutiérrez-Fisac et al., 2012).

Figura 4. Porcentaje de personas con obesidad (IMC≥30 kg/m2) en función del sexo y de los ingresos netos mensuales en el hogar



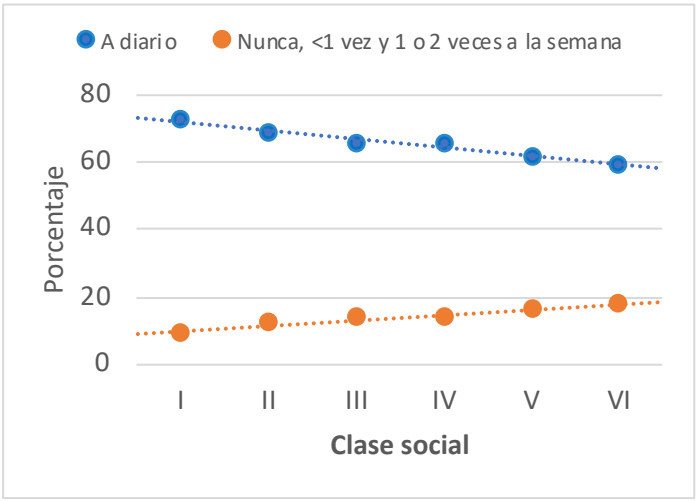
Fuente: elaboración propia a partir de ENSE (2017).

Figura 5. Asociación exceso de peso y nivel educativo en España

Nivel educativo	Hombres (N=27.031)	Mujeres (N=30.100)
	Razón de prevalencia estandarizada Ratio (IC 95%)	Razón de prevalencia estandarizada Ratio (IC 95%)
< Primaria	1,79 (1,55 – 2,07)	3,09 (2,70 – 3,54)
Primaria	1,60 (1,41 – 1,80)	2,37 (2,10 – 2,67)
Secundaria	1,44 (1,31 – 1,59)	1,70 (1,54 – 1,87)
Universidad	Ref.	Ref.

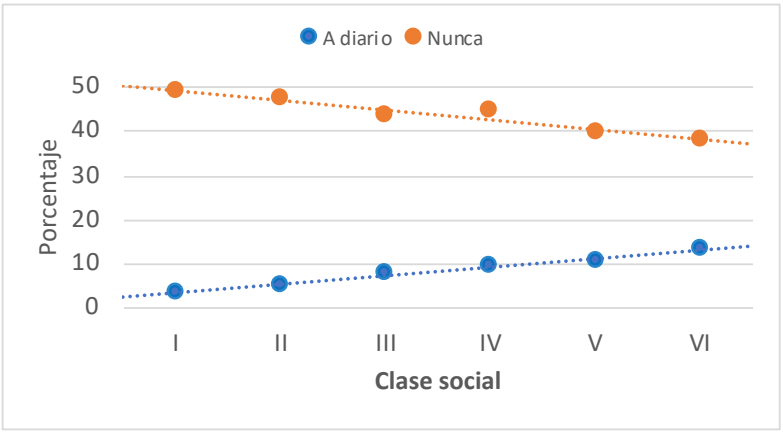
Fuente: Gutiérrez-González et al., 2023.

Figura 6. Consumo de fruta fresca (excluye zumos)



Fuente: elaboración propia a partir de ENSE (2017)

Figura 7. Porcentaje de consumo de refrescos con azúcar en función de la clase social



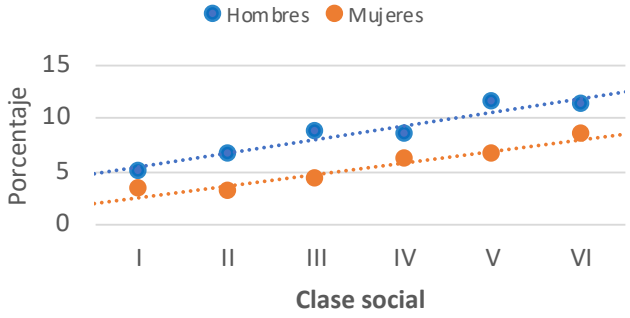
Fuente: elaboración propia a partir de ENSE (2017).

Las clases sociales más elevadas tienen mayor porcentaje de consumo de fruta diario y menos porcentaje de personas que no consumen fruta o lo hacen menos de una 1 vez, 1 o 2 veces a la semana (ENSE, 2017). Se aprecia una correlación inversa según la clase social, siendo los de clase social más desfavorecida los que menos consumo de fruta tienen a diario y habiendo más porcentaje de personas que no consumen fruta nunca o lo hacen menos de 1 vez, 1 o 2 veces a la semana (Figura 6).

De manera similar, la Encuesta Nacional de Salud muestra que, a mayor clase social, es menor el consumo diario de refrescos con azúcar y mayor el porcentaje de gente que no los toma nunca. Sin embargo, según disminuye la clase social, esta relación se va invirtiendo hasta llegar a la clase social más baja donde hay mayor porcentaje de personas que consumen refrescos a diario y menor porcentaje de los que no los consumen nunca (Figura 7).

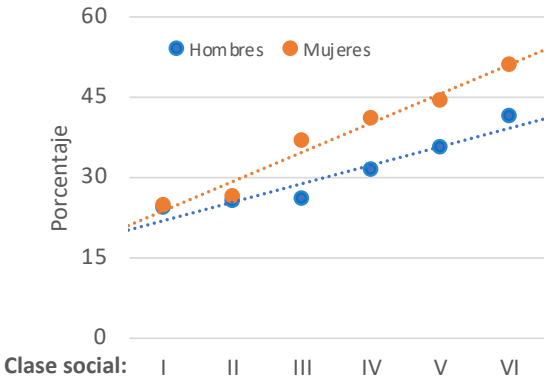
Asimismo, en ambos sexos va aumentando el porcentaje de consumo de comida rápida a diario o más de 3 veces a la semana, según la clase social. Siendo que los de clase elevada son los que menos consumen y los de clase social más baja los que mayor consumo tiene. También puede observarse que, en todas las clases sociales, los hombres consumen más comida rápida que las mujeres (Figura 8).

Figura 8. Porcentaje de consumo de comida rápida a diario o más de 3 veces a la semana, según sexo y clase social



Fuente: elaboración propia a partir de ENSE (2017).

Figura 9. Sedentarismo en tiempo de ocio, según sexo y clase social



Fuente: elaboración propia a partir de ENSE (2017).

En cuanto a la actividad física, se ve una tendencia ascendente en cuanto a sedentarismo en tiempo de ocio según vamos bajando en clase social (ENSE, 2017): hay un mayor porcentaje de personas sedentarias durante el tiempo de ocio dentro de las clases sociales más bajas (Figura 9).

En definitiva, la Encuesta Nacional de Salud de España muestra que, en prácticamente todos los factores de riesgo analizados, que se relacionan con los hábitos

alimenticios, las conductas no saludables son más prevalentes en las personas pertenecientes a las clases sociales más desfavorecidas.

2.4. JUEGO

Al igual que en otras conductas, en el juego no se distribuyen uniformemente entre la población las consecuencias perjudiciales relacionadas con esta conducta: hay una serie de personas que corren mayor riesgo de sufrir daños por el juego (Raybould et al., 2021). Aunque los daños relacionados con el comportamiento de juego afectan a todo tipo de personas, la evidencia científica sugiere que estos daños parecen depender de condiciones sociales, demográficas y ambientales específicas y que, por tanto, los grupos económica y socialmente más desfavorecidos los experimentan de manera desproporcionada (Sharman et al., 2019).

Se han identificado varios factores de riesgo potenciales para el juego problemático: ser adolescente o adulto joven, sexo masculino, desempleo, recibir asistencia social, tener bajo nivel educativo y tener antecedentes migratorios (Caler et al., 2017; Johansson et al., 2009).

Los gastos en juegos de azar tienden a aumentar con los ingresos (Macdonald et al., 2004), pero las personas con ingresos más bajos gastan una proporción relativamente mayor de su presupuesto total (Castren et al., 2018; Roukka et al., 2020).

Los grupos socioeconómicos más desfavorecidos tienen mayor riesgo de sufrir daños que los grupos menos desfavorecidos (Angus et al., 2020; Lloyd et al., 2016). Los problemas con el juego se han relacionado con menores ingresos personales y familiares, quizás debido a una menor capacidad para absorber las pérdidas del juego (Lang et al., 2009). Como resultado, los daños financieros relacionados con el juego afectan más a quienes tienen menos recursos para afrontarlos (Resce et al., 2019).

En algunos estudios, el desempleo también se ha relacionado con el juego (Castrén et al., 2013; Muggleton et al., 2021). El juego puede reducir el rendimiento laboral y provocar el abandono del trabajo (Eby et al., 2016) e incluso ser motivo de pérdida de empleo.

Otras desigualdades sociales y comportamientos adictivos pueden estar relacionados con el juego (Castren et al., 2018; Muggleton et al., 2021). Los estudios han encontrado una asociación entre los problemas con el juego y la pobreza tanto a nivel individual como comunitario (Barnes et al., 2013). Esto puede ser particularmente

cierto en algunas subpoblaciones específicas, como los grupos étnicos minoritarios, las personas sin hogar y los pacientes que buscan tratamiento por consumo de sustancias (Hahmann et al., 2020).

3. ESTRATEGIAS PARA DISMINUIR ESTAS DESIGUALDADES

Las diferencias en los estilos de vida que se han descrito en el apartado anterior pueden ser clasificadas sin ninguna duda como desigualdades, ya que esos estilos de vida asociados a la desigualdad económica se asocian con menor esperanza vital y una menor calidad de vida, cuestión por la que se abordan en este monográfico.

La conclusión clara es que los DCS influyen diferenciadamente en la salud de la población: influyen más negativamente en las personas pertenecientes a los grupos más vulnerables desde la perspectiva socioeconómica. No son el único factor que influye en ello, pero sí uno de los más importantes.

3.1. LA COMISIÓN DE LA OMS SOBRE DETERMINANTES SOCIALES DE SALUD

En 2005, la OMS puso en marcha la Comisión sobre determinantes sociales de la salud, con el fin de recabar datos científicos sobre posibles medidas e intervenciones en favor de la equidad sanitaria y promover un movimiento internacional para alcanzar ese objetivo. Su Informe Final se publicó cuatro años después (OMS, 2009). En él se trata de formular políticas y programas que abarquen al conjunto de la sociedad y permitan influir en los determinantes sociales de la salud y mejorar la equidad sanitaria. Es esencial que los gobiernos, la sociedad civil, la OMS y otras organizaciones internacionales se unan para adoptar medidas encaminadas a mejorar la vida de los ciudadanos del mundo; y para crear condiciones que fomenten el acceso igualitario al buen estado de salud mediante la aplicación cuidadosa de políticas y leyes sociales y económicas.

Las recomendaciones generales de la comisión son:

- Mejorar las condiciones de vida y de trabajo.
- Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos.

- Definir la magnitud del problema, entenderlo y evaluar las repercusiones de las políticas y las intervenciones en la equidad sanitaria.

Respecto a los determinantes comerciales de salud que originan desigualdades, también es preciso llevar a cabo medidas para abordarlos y así, poder contribuir a disminuir las desigualdades.

3.2. ¿A QUÉ SON ATRIBUIBLES LAS DIFERENCIAS EN ESTILOS DE VIDA PROBLEMÁTICOS?

En líneas generales, que sea más frecuente en determinados grupos poblacionales un estilo de vida (considerado por la evidencia científica como generador de problemas de salud), puede atribuirse a que la influencia promocional –o la vulnerabilidad a la misma– es mayor en esos grupos o a que la educación sanitaria y otras estrategias de prevención llegan peor a ellos.

Tres hipótesis, no excluyentes entre sí, pueden aventurarse para explicar estas desigualdades:

1. Existe una diferencia clara entre la publicidad y la educación sanitaria: la educación sanitaria pretende habitualmente facilitar los cambios de conducta mediante la asunción libre y razonada de la bondad de tales cambios. No es así como actúan la publicidad y la promoción: la publicidad no tiene nada que ver con información, sino sobre todo con persuasión y seducción (aunque puede usarse alguna información para ello). Las herramientas de persuasión y seducción presentan muchos menos aspectos cognitivos que las de educación, aunque estas nunca han de ser puramente cognitivas. Que las estrategias más persuasivas puedan llegar mejor a determinados sectores de la población y las cognitivas a otros es lógico y puede explicar parcialmente estos resultados (Kozyreva et al., 2020; Madden y McCambridge, 2021; Spears, 2021).

2. Otra explicación de ello puede ser que a quien recibe sistemáticamente más recompensas y espera recibirlas si no cambian las circunstancias, puede sentirse menos tentado a buscar determinadas recompensas más inmediatas y posponerlas por otras posteriores. A quien lleva una vida prácticamente carente de recompensas a medio-largo plazo, es factible que las gratificaciones inmediatas le aporten más (Vaidya et al., 2024; White et al., 2022).

3. Independientemente de los modelos de difusión que se acepten (Akinyemi et al., 2019; Iqbal et al., 2022; Rogers, 1995; Shim et al., 2022), las clases más intelectuales o más pudientes suelen ser las primeras en aceptar una gran parte de las nuevas modas. Fue lo que ocurrió con determinados consumos como tabaco hace ya muchos años: en la década de 1970 fumaban menos las mujeres de clases sociales más desfavorecidas; las epidemias de heroína y cocaína en España empezaron por las clases más altas y luego fueron llegando a las clases más bajas: hubo épocas en que las personas cocainómanas se resistían a ser atendidas en los mismos centros que atendían a las personas heroinómanas. Ocurre también lo mismo con las modas que podrían denominarse "saludables". Es factible que el incremento de algunas de las desigualdades que se observa en la actualidad pueda ser una fase transitoria y que acabarán disminuyendo, lo cual en ningún caso nos exime de actuar ya, porque en el mercado de los DCS no existe una "mano invisible" que lo iguala todo, sino más bien diversas manos, más o menos invisibles, dispuestas a provocar y aceptar diversos efectos colaterales inaceptables sobre la salud poblacional.

3.3. ¿GENERAN DESIGUALDAD LAS MEDIDAS DE CONTROL?

Que se debe ser prudente a la hora de aplicar las diversas medidas de control o de prevención ambiental para que se produzca el efecto adverso de que aumenten las desigualdades es un mantra característico de todos los DCS. La población general y todo tipo de autoridades sintonizan con ello: cualquier persona mínimamente racional estaría de acuerdo con ello: es una consecuencia adversa severa y no se trata de facilitar su aparición.

El problema es que casi siempre detrás de esta prudencia están las diversas industrias que son DCS. Es parte de su estrategia de sembrar la duda: no se debe actuar hasta que no haya evidencia concluyente o inequívoca de que las medidas a aplicar no van a generar desigualdad. La cuestión es que la desigualdad ya existe y que -en una parte no despreciable- se debe a las causas que se pretenden combatir.

Es cierto que, por definición, no todo tipo de decisiones o medidas tienen por qué aumentar la equidad, pero esto no implica que la vayan a aumentar, aunque no es descartable que pudiera ocurrir. Esforzarse por eliminar las causas de un problema podría, en alguna circunstancia muy excepcional, aumentar el problema, aunque podría ser que surgieran otros, habitualmente menores que el original.

En este sentido, prácticamente todas las medidas de control tienen evidencia –algunas más, otras algo menos– de ser útiles para disminuir las prevalencias de los consumos y las conductas problemáticas, que generan problemas de salud.

Lo mismo es aplicable a su capacidad de reducir las desigualdades: en general, todas tienden a reducir las desigualdades, pero hay algunas que lo hacen en mayor medida.

La evidencia científica muestra que las medidas de control no son fuente de desigualdad social (Guindon et al, 2023; Hill et al., 2014; Hu et al., 2017; Smith et al., 2020). Aunque algunas personas pueden verse afectadas negativamente, la gran mayoría sale beneficiada.

Una cuestión a tener en cuenta al analizar los efectos de las medidas de control es adquirir la perspectiva del curso temporal de los efectos: puede ocurrir que las clases con menos necesidades asimilen antes las medidas (pasa lo mismo con las modas) y eso origina durante un corto periodo de tiempo un aumento aparente de la desigualdad (Tabuchi et al., 2018).

3.4. EL PATRÓN ORO: LAS MEDIDAS IMPOSITIVAS

Aumentar los costes o disminuir los beneficios de una conducta aumenta las probabilidades de que esta no se realice. Es el objetivo de toda desnormalización: aumentar determinados costes sociales. Aumentar los costes económicos de una conducta también conlleva una reducción de la misma. No todas las personas son similarmente sensibles a este aumento de costes: en el caso de la conducción, por ejemplo, hay a quien no le preocupa mucho la multa, pero sí los puntos o la retirada del permiso de conducción.

El aumento del precio de los productos problemáticos a través de la aplicación de unos mayores impuestos es la medida más eficaz para disminuir las prevalencias de consumo (Hoffman y Tan, 2015). La OMS lo ha señalado en el programa MPOWER del tabaco y en el programa SAFER del alcohol: en ambos casos, la R es de *Raise*, aumentar los impuestos. Como no todos los DCS son similares ni la estructura de los impuestos es similar en todos los países, esta cuestión debe ser abordada rigurosamente y contando con profesionales de campos que no son estrictamente sanitarios (Hammaker et al., 2022; Koon et al., 2023; Lwin et al., 2023).

Además de disminuir la prevalencia, afectando más a los grupos con mayores prevalencias, en principio afecta más a aquellas personas para las que el aumento supone un mayor coste relativo: es decir, pasar de gastar 100 a 200 afecta relativamente más a quien gana 1000 que a quien gana 10.000, que se lo podría permitir más fácilmente.

En la página web de la OMS sobre los impuestos de salud (OMS, 2024) hay noticias y se ofrece bibliografía sobre la importancia de esta cuestión, especialmente en alcohol y alimentación. Las empresas responsables de los DCS en vez de impuestos de salud prefieren usar el término "impuestos del pecado", ya que desvía la responsabilidad a quien consume.

3.5. COMBATIR LOS MITOS DIFUNDIDOS POR LA INDUSTRIA

Al ser la medida más eficaz, suele ser la más combatida por la industria, ya que es la que más le afecta. El producto con más experiencia en este campo es el tabaco. La industria del tabaco trata de entorpecer el debate sobre la subida de impuestos usando argumentos que no son ciertos o exagerando su potencial impacto. Algunos de los empleados son:

- La subida de los impuestos de tabaco reducirá los ingresos fiscales (ya que el consumo se reduce)**.** Los ingresos fiscales en realidad aumentarán, debido a que la reducción en las ventas es proporcionalmente menor que el aumento de precios. Se ha comprobado en múltiples países y, aunque no puede estirarse indefinidamente, sigue teniendo un amplio recorrido.

- Los impuestos al tabaco reducen la actividad económica. El gasto en tabaco será reemplazado por el gasto en otros productos y servicios de consumo.

- Los impuestos al tabaco y las diferencias de precios entre países crean un incentivo para el comercio ilícito de productos de tabaco. Esta afirmación es inexacta, ya que hay otros factores más importantes que fomentan el comercio ilícito, como un gobierno débil, la falta de compromiso de alto nivel, la corrupción y la complicidad de los fabricantes del producto. Por este motivo, los aumentos de impuestos deben introducirse junto con otras acciones para fortalecer la administración tributaria (como la simplificación fiscal, la vigilancia del mercado y el fortalecimiento de las aduanas y la policía) para reducir los incentivos para la evasión de impuestos por los fabricantes y organizaciones criminales.

- Los impuestos crean una carga financiera para los fumadores pobres, ya que gastan una mayor proporción de sus ingresos en productos de tabaco. Esta afirmación es inexacta, ya que las personas con ingresos más bajos son más sensibles a los aumentos de precios, éstas van a alterar su comportamiento de consumo, ya sea dejando de fumar o reduciendo el nivel de consumo de tabaco más que los consumidores de mayores ingresos. En consecuencia, los impuestos más altos ayudarán a reducir su propio gasto personal sobre el tabaco, así como a mejorar su salud.

- Subir el precio del tabaco es altamente regresivo. Esta argumentación se relaciona con la anterior. *Regresivo* quiere decir que afecta relativamente más a quienes tienen menor poder adquisitivo (algo que obviamente ocurre con todos los impuestos sobre el consumo: que el litro de gasolina suba 30 céntimos afecta proporcionalmente más a quien gana 600€ al mes que a quien gana 10 veces más). La contra-argumentación es que *lo que es propiamente regresivo es el consumo de tabaco* y de otros DCS, que afectan mucho más a las capas más desfavorecidas de la sociedad. Al tener más efecto sobre las personas con menor poder adquisitivo, las subidas de precios corrigen globalmente esa regresividad del consumo (aunque a quien siga consumiendo le afectará personalmente más). Esto se recoge en el 4º principio rector de las directrices del Convenio Marco del Control del Tabaco.

Esta última apreciación quizá sea la clave: lo que realmente son regresivos son los DCS y todo aquello que reduzca su regresividad acabará reduciendo las desigualdades.

3.6. OTRAS MEDIDAS Y CONCLUSIONES PRÁCTICAS

Todo el resto de medidas de control, presentadas y discutidas a lo largo de la monografía, pueden ser también útiles para reducir las desigualdades. Además de los impuestos, destacan las restricciones o prohibiciones universales. Aplicar las medidas adaptándolas a las poblaciones destinatarias aumenta también su efecto (Hoffman y Tan, 2015).

Luchar por disminuir las desigualdades en salud implica ser consciente de que en gran parte se deben a intereses concretos que generan problemas más severos en las poblaciones más vulnerables. Contribuir a sociedades más sanas implica cambiar estilos de vida inducidos (Ghebreyesus y Clark, 2023).

Dada la importancia de las medidas impositivas, los problemas generados por los DCS requieren la asociación con personas de otros Ministerios, como el de Hacienda o Finanzas, en quienes en ocasiones será necesario despertar su sensibilidad (Siu y Thow, 2022): los DCS no son cuestiones estrictamente sanitarias.

REFERENCIAS

Acheson, D. (1998). *Independent inquiry into inequalities in health*. Norwich.

Akinyemi, O., Harris, B., y Kawonga, M. (2019). Innovation diffusion: how homogenous networks influence the uptake of community-based injectable contraceptives. *BMC Public Health, 19*(1), 1520. https://doi.org/10.1186/s12889-019-7819-5

Alves, J., Perelman, J., Ramos, E., y Kunst, A. E. (2023). The emergence of socioeconomic inequalities in smoking during adolescence and early adulthood. *BMC Public Health, 23*(1), 1382. https://doi.org/10.1186/s12889-023-16182-w

Angus, D. J., Anjoul, F., Shannon, K., y Blaszczynski, A. (2020). Gambling related harms–Community and clinical comparisons. *Addiction Research y Theory*, *28*(3), 194-203.

Ash.briefing. (2019). *Health Inequalities and Smoking*. http://ash.org.uk/category/information-and-resources/briefings/1

Barnes, G. M., Welte, J. W., Tidwell, M. C. O., y Hoffman, J. H. (2013). Effects of neighborhood disadvantage on problem gambling and alcohol abuse. *Journal of Behavioral Addictions*, *2*(2), 82-89

Bloomfield, K. I. M., Grittner, U., Kramer, S., y Gmel, G. (2006). Social inequalities in alcohol consumption and alcohol-related problems in the study countries of the EU concerted action 'Gender, Culture and Alcohol Problems: a Multi-national Study'. *Alcohol and alcoholism*, *41*(Suppl 1), i26-i36.

Bonello, K., Figoni, H., Blanchard, E., Vignier, N., Avenin, G., Melchior, M., Cadwallader, J. S., Chastang, J., y Ibanez, G. (2023). Prevalence of smoking during pregnancy and associated social inequalities in developed countries over the 1995-2020 period: A systematic review. *Paediatric Perinatal Epidemiologic, 37*(6), 555-565. https://doi.org/10.1111/ppe.12989

Borrell, C., García-Calvente, M. D. M., y Martí-Boscà, J. V. (2004). La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gaceta sanitaria*, *18*, 02-06.

Boyd, J., Bambra, C., Purshouse, R. C., Holmes, J. (2021). Beyond Behaviour: How Health Inequality Theory Can Enhance Our Understanding of the 'Alcohol-Harm Paradox'. *Environmental Research and Public Health, 18*(11), 6025. https://doi.org/10.3390/ijerph18116025

Caler, K. R., Vargas Garcia, J. R., y Nower, L. (2017). Problem gambling among ethnic minorities: results from an epidemiological study. *Asian journal of gambling issues and public health*, *7*(1), 7. https://doi.org/10.1186/s40405-017-0027-2

Carnazza, G., Liberati, P., y Resce, G. (2023). Income-related inequality in smoking habits: A comparative assessment in the European Union. *Health policy*, *128*, 34–41. https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.12.002

Castrén, S., Basnet, S., Pankakoski, M., Ronkainen, J. E., Helakorpi, S., Uutela, A., Alho, H., y Lahti, T. (2013). An analysis of problem gambling among the Finnish working-age population: a population survey. *BMC public health*, *13*, 519. https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-519

Castrén, S., Kontto, J., Alho, H., y Salonen, A. H. (2018). The relationship between gambling expenditure, socio-demographics, health-related correlates and gambling behaviour—a cross-sectional population-based survey in Finland. *Addiction*, *113*(1), 91–106. https://doi.org/10.1111/add.13929

Cockerham, W. C. (2022). Theoretical approaches to research on the social determinants of obesity. *American journal of preventive medicine*, *63*(1), S8–S17. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2022.01.030

Craveiro, D., Marques, S., Zvěřinová, I., Máca, V., Ščasný, M., Chiabai, A., Suarez, C., Martinez-Juarez, P., García de Jalón, S., Quiroga, S., y Taylor, T. (2021). Explaining inequalities in fruit and vegetable intake in Europe: The role of capabilities, opportunities and motivations. *Appetite, 165*, 105283. https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105283

Devaux M, y Sassi F., (2015). *Alcohol consumption and harmful drinking: Trends and social disparities across OECD countries, OECD Health Working Papers 79*. OECD Publishing. https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/alcohol-consumption-and-harmful-drinking_5js1qwkz2p9s-en

Disney, G., Petrie, D., Yang, Y., Aitken, Z., Gurrin, L., y Kavanagh, A. (2023). Smoking Inequality Trends by Disability and Income in Australia, 2001 to 2020. *Epidemiology, 34*(2), 302–309. https://doi.org/10.1097/EDE.0000000000001582

Eby, L. T., Mitchell, M. E., Gray, C. J., Provolt, L., Lorys, A., Fortune, E., y Goodie, A. S. (2016). Gambling-related problems across life domains: an exploratory study of non-treatment-seeking weekly gamblers. *Community, Work y Family*, *19*(5), 604-620.

ENSE (2017). *Encuesta Nacional de Salud de España 2017*. Ministerio de Sanidad. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf

Forster, T., Kentikelenis, A., y Bambra, C. (2018). *Health inequalities in Europe: setting the stage for progressive policy action*. https://refubium.fu-berlin.de/bitstream/handle/fub188/23222/ForsterKentikelenisBambra2018-HealthInequalitiesInEurope.pdf?sequence=1

Ghebreyesus, T. A., y Clark, H. (2023). Health taxes for healthier lives: an opportunity for all governments. *BMJ global health*, *8*(Suppl 8), e013761. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-013761

Gregoraci, G., van Lenthe, F. J., Artnik, B., Bopp, M., Deboosere, P., Kovács, K., Looman, C. W. N., Martikainen, P., Menvielle, G., Peters, F., Wojtyniak, B., de Gelder, R., Mackenbach, J. P., y DEMETRIQ consortium (2017). Contribution of smoking to socioeconomic inequalities in mortality: a study of 14 European countries, 1990-2004. *Tobacco control*, *26*(3), 260–268. https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2015-052766

Guindon, G. E., Abbas, U., Trivedi, R., Garasia, S., Johnson, S., y John, R. M. (2023). Socioeconomic differences in the impact of prices and taxes on tobacco use in low- and middle-income countries-A systematic review. *PLOS global public health*, *3*(9), e0002342. https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002342

Gutiérrez-Fisac, J. L., Guallar-Castillón, P., León-Muñoz, L. M., Graciani, A., Banegas, J. R., y Rodríguez-Artalejo, F. (2012). Prevalence of general and abdominal obesity in the adult population of Spain, 2008–2010: the ENRICA study. *Obesity reviews*, *13*(4), 388-392.

Gutiérrez-González, E., García-Solano, M., Pastor-Barriuso, R., Fernández de Larrea-Baz, N., Rollán-Gordo, A., Peñalver-Argüeso, B., Peña-Rey, I., Pollán, M., y Pérez-Gómez, B. (2023). Socio-geographical disparities of obesity and excess weight in adults in Spain: insights from the ENE-COVID study. *Frontiers in Public Health, 11.* https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1195249

Hahmann, T., Hamilton-Wright, S., Ziegler, C., y Matheson, F. I. (2021). Problem gambling within the context of poverty: A scoping review. *International Gambling Studies*, *21*(2), 183-219.

Hammaker, J., Anda, D., Kozakiewicz, T., Bachina, V., Berretta, M., Shisler, S., y Lane, C. (2022). Systematic review on fiscal policy interventions in nutrition. *Frontiers in nutrition*, *9*, 967494. https://doi.org/10.3389/fnut.2022.967494

Henkel, D., y Zemlin, U. (2016). Social inequality and substance use and problematic gambling among adolescents and young adults: a review of epidemiological surveys in Germany. *Current drug abuse reviews*, *9*(1), 26-48. https://doi.org/10.2174/1874473709666151209114023

Hill, S., Amos, A., Clifford, D., y Platt, S. (2014). Impact of tobacco control interventions on socioeconomic inequalities in smoking: review of the evidence. *Tobacco control*, *23*(e2), e89–e97. https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2013-051110

Hoffman, S. J., y Tan, C. (2015). Overview of systematic reviews on the health-related effects of government tobacco control policies. *BMC public health*, *15*, 744. https://doi.org/10.1186/s12889-015-2041-6

Hu, Y., van Lenthe, F. J., Platt, S., Bosdriesz, J. R., Lahelma, E., Menvielle, G., Regidor, E., Santana, P., de Gelder, R., y Mackenbach, J. P. (2017). The Impact of Tobacco Control Policies on Smoking Among Socioeconomic Groups in Nine European Countries, 1990-2007. *Nicotine & tobacco research*, *19*(12), 1441–1449. https://doi.org/10.1093/ntr/ntw210

Iacobucci G., (2023). Alcohol treatment services should target health inequalities, say draft guidelines. *BMJ*, *383*, 2413. https://doi.org/10.1136/bmj.p2413

Iqbal, M., y Zahidie, A. (2022). Diffusion of innovations: a guiding framework for public health. *Scandinavian journal of public health*, *50*(5), 533–537. https://doi.org/10.1177/14034948211014104

Johansson, A., Grant, J. E., Kim, S. W., Odlaug, B. L., y Götestam, K. G. (2009). Risk factors for problematic gambling: A critical literature review. *Journal of gambling studies*, *25*, 67–92.

Katikireddi, S. V., Whitley, E., Lewsey, J., Gray, L., y Leyland, A. H. (2017). Socioeconomic status as an effect modifier of alcohol consumption and harm: analysis of linked cohort data. *The Lancet Public Health*, *2*(6), e267–e276. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30078-6

Koon, A. D., y Marten, R. (2023). Framing health taxes: a scoping review. *BMJ global health*, *8*(Suppl 8), e012055. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-012055

Kozyreva, A., Lewandowsky, S., y Hertwig, R. (2020). Citizens Versus the Internet: Confronting Digital Challenges With Cognitive Tools. *Psychological science in the public interest: a journal of the American Psychological Society*, *21*(3), 103–156. https://doi.org/10.1177/1529100620946707

Lang, K. B., y Omori, M. (2009). Can demographic variables predict lottery and pari-mutuel losses? An empirical investigation. *Journal of Gambling Studies*, *25*, 171–183.

Lloyd, J., Hawton, K., Dutton, W. H., Geddes, J. R., Goodwin, G. M., y Rogers, R. D. (2016). Thoughts and acts of self-harm, and suicidal ideation, in online gamblers. *International Gambling Studies*, *16*(3), 408–423.

Loring, B. (2014). *Alcohol and inequities: guidance for addressing inequities in alcohol-related harm.* Organización Mundial de la Salud. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/344496/9789289050463-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Lwin, K. S., Koon, A. D., Rasanathan, K., Ahsan, A., Erku, D., Mialon, M., Perez-Leon, S., Singh, A., Mirza, Z., Zuleta, M., Adhikari, S. R., Acharya, Y., Dao, S. T., Rasheed, S., Paul, J., Jr, y Marten, R. (2023). Framing health taxes: learning from low- and middle-income countries. *BMJ global health*, *8*(Suppl 8), e012955. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-012955

MacDonald, M., McMullan, J. L., y Perrier, D. C. (2004). Gambling households in Canada. *Journal of Gambling Studies*, *20*, 187–236.

Mackenbach, J. P., Valverde, J. R., Bopp, M., Brønnum-Hansen, H., Deboosere, P., Kalediene, R., Kovács, K., Leinsalu, M., Martikainen, P., Menvielle, G., Regidor, E., y Nusselder, W. J. (2019). Determinants of inequalities in life expectancy: an international comparative study of eight risk factors. *The Lancet. Public health*, *4*(10), e529–e537. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(19)30147-1

Madden, M., y McCambridge, J. (2021). Alcohol marketing versus public health: David and Goliath?. *Globalization and health*, *17*(1), 45. https://doi.org/10.1186/s12992-021-00696-2

Maestre-Miquel, C., Regidor, E., Cuthill, F., y Martinez, D. (2015). Educational inequality in physical inactivity in leisure time in Spanish adult population: differences in ten years (2002-2012). *Revista Española de Salud Pública*, *89*(3), 259-269. https://doi.org/10.4321/S1135-57272015000300004

Marmot, M., Atkinson, T., Bell, J., Black, C., Broadfoot, P., Cumberlege, J., Diamond, I., Gilmore, I., Ham, C., Meacher, M., y Mulgan, G. (2010). *Fair Society, Healthy Lives*. https://www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/fair-society-healthy-lives-the-marmot-review/fair-society-healthy-lives-full-report-pdf.pdf

Muggleton, N., Parpart, P., Newall, P., Leake, D., Gathergood, J., y Stewart, N. (2021). The association between gambling and financial, social and health outcomes in big financial data. *Nature Human Behaviour*, *5*(3), 319-326. https://doi.org/10.1038/s41562-020-01045-w

Office for National Statistics (2023). *Life expectancy in care homes, England and Wales: 2021 to 2022*. https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/lifeexpectancies/articles/lifeexpectancyincarehomesenglandandwales/2021to2022

Organización Mundial de la Salud (2008). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44084/9789243563701_spa.pdf?sequence=1yisAllowed=y

Organización Mundial de la Salud (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación. Informe Final de la Comisión de Determinantes Sociales de Salud*. https://iris.who.int/handle/10665/44084

Organización Mundial de la Salud (2018). *Global status report on alcohol and health 2018*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/274603/9789241565639-eng.pdf?sequence=1

Organización Mundial de la Salud (2024). *Health taxes*. https://www.who.int/health-topics/health-taxes#tab=tab_1

Preston, S. H. (2007). The changing relation between mortality and level of economic development. *International Journal of Epidemiology* 36 (3): 484-90. https://doi.org/10.1093/ije/dym075

Probst, C., Roerecke, M., Behrendt, S., y Rehm, J. (2014). Socioeconomic differences in alcohol-attributable mortality compared with all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis. *International journal of epidemiology*, *43*(4), 1314–1327. https://doi.org/10.1093/ije/dyu043

Probst, C., Manthey, J., y Rehm, J. (2017). Understanding the prevalence of lifetime abstinence from alcohol: An ecological study. *Drug and alcohol dependence*, *178*, 126–129. https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2017.05.008

Probst, C., Kilian, C., Sanchez, S., Lange, S., y Rehm, J. (2020). The role of alcohol use and drinking patterns in socioeconomic inequalities in mortality: a systematic review. *The Lancet. Public health*, *5*(6), e324–e332. https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30052-9

Rathmann, K., Moor, I., Kunst, A. E., Dragano, N., Pförtner, T. K., Elgar, F. J., Hurrelmann, K., Kannas, L., Baška, T., y Richter, M. (2016). Is educational differentiation associated with smoking and smoking inequalities in adolescence? A multilevel analysis across 27 European and North American countries. *Sociology of health & illness*, *38*(7), 1005–1025. https://doi.org/10.1111/1467-9566.12420

Marionneau, V., Ruohio, H., y Karlsson, N. (2023). Gambling harm prevention and harm reduction in online environments: a call for action. *Harm reduction journal*, *20*(1), 92. https://doi.org/10.1186/s12954-023-00828-4

Resce, G., Lagravinese, R., Benedetti, E., y Molinaro, S. (2019). Income-related inequality in gambling: evidence from Italy. *Review of Economics of the Household*, *17*, 1107-1131.

Rogers, E. (1995). *Diffusion of innovations*. Free Press.

Roukka, T., y Salonen, A. H. (2020). The winners and the losers: Tax incidence of gambling in Finland. *Journal of Gambling Studies*, *36*(4), 1183–1204. https://doi.org/10.1007/s10899-019-09899-0

Ruiz, E., Ávila, J. M., Valero, T., del Pozo, S., Rodriguez, P., Aranceta-Bartrina, J., Gil, Á., González-Gross, M., Ortega, R. M., Serra-Majem, L., y Varela-Moreiras, G. (2015). Energy Intake, Profile, and Dietary Sources in the Spanish Population: Findings of the ANIBES Study. *Nutrients, 7*(6), 4739–4762. https://doi.org/10.3390/nu7064739

Schmidt, L. A., Mäkelä, P., Rehm, J., y Room, R. (2010). *Equity, social determinants and public health programmes*. http://guamhealthpartners.com/photo_albums/pdfs/equity-social-determinants-and-public-health-programmes-oms.pdf

Schmidt, L. A., y Room, R. (2012). Alcohol and inequity in the process of development: Contributions from ethnographic research. *International Journal of Alcohol and Drug Research*, *1*(1), 41–55.

Sharman, S., Butler, K., y Roberts, A. (2019). Psychosocial risk factors in disordered gambling: A descriptive systematic overview of vulnerable populations. *Addictive Behaviors*, *99*, 106071. https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106071

Shin, S. Y., Lapinski, M. K., Hussain, S. A., Rumbold, Y., Osoro, R., Shell, D., y Dearing, J. W. (2022). A Framework for Introducing Global Health Innovations to the US. *Annals of global health*, *88*(1), 67. https://doi.org/10.5334/aogh.3600

Siu, E., y Thow, A. M. (2022). Linking health and finance ministries to improve taxes on unhealthy products. *Bulletin of the World Health Organization*, *100*(9), 570–577. https://doi.org/10.2471/BLT.22.288104

Smith, C. E., Hill, S. E., y Amos, A. (2020). Impact of population tobacco control interventions on socioeconomic inequalities in smoking: a systematic review and appraisal of future research directions. *Tobacco control*, *30*(e2), e87–e95. https://doi.org/10.1136/tobaccocontrol-2020-055874

Spears, R. (2021). Social Influence and Group Identity. *Annual review of psychology*, *72*, 367–390. https://doi.org/10.1146/annurev-psych-070620-111818

Stronks, K., Van De Mheen, H. D., Looman, C. W., y Mackenbach, J. P. (1996). Behavioural and structural factors in the explanation of socio-economic inequalities in health: an empirical analysis. *Sociology of health y illness*, *18*(5), 653–674.

Tabuchi, T., Iso, H., y Brunner, E. (2018). Tobacco Control Measures to Reduce Socioeconomic Inequality in Smoking: The Necessity, Time-Course Perspective, and Future Implications. *Journal of epidemiology*, *28*(4), 170–175. https://doi.org/10.2188/jea.JE20160206

Trias-Llimós, S., Bosque-Prous, M., Obradors-Rial, N., Teixidó-Compañó, E., Belza, M. J., Janssen, F., y Espelt, A. (2022). Alcohol and educational inequalities: Hazardous drinking prevalence and all-cause mortality by hazardous drinking group in people aged 50 and older in Europe. *Substance abuse*, *43*(1), 152–160. https://doi.org/10.1080/08897077.2020.1773597

Trias-Llimós, S., y Spijker, J. J. A. (2022). Educational differences in alcohol-related mortality and their impact on life expectancy and lifespan variation in Spain (2016-2018): a cross-sectional analysis using multiple causes of death. *BMJ open*, *12*(1), e053205. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-053205

Vaidya, N., Marquand, A. F., Nees, F., Siehl, S., y Schumann, G. (2024). The impact of psychosocial adversity on brain and behaviour: an overview of existing knowledge and directions for future research. *Molecular Psychiatry*. Advance online publication. https://doi.org/10.1038/s41380-024-02556-y

White, S. F., Nusslock, R., y Miller, G. E. (2022). Low Socioeconomic Status Is Associated with a Greater Neural Response to Both Rewards and Losses. *Journal of cognitive neuroscience*, *34*(10), 1939–1951. https://doi.org/10.1162/jocn_a_01821

Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and health. *International journal of health services*, *22*(3), 429-445.

13

13

A MODO DE CONCLUSIÓN
POR UNA GOBERNANZA SOCIAL Y POLÍTICA QUE DEFIENDA LOS DERECHOS Y LIBERTADES DE LAS PERSONAS

F. Javier Ayesta, Noa Rey y Miriam Rodríguez

IDEAS CLAVES

1. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que las Enfermedades No Transmisibles (ENT) son responsables de la mayor parte de la mortalidad (tres cuartas partes del total en la actualidad) y lo van a seguir siendo en las próximas décadas, aumentando su relevancia proporcional. Gran parte de las ENT derivan de estilos de vida y consumos promovidos por determinados grupos con intereses comerciales, que se denominan Determinantes Comerciales de la Salud (DCS).

2. Ser conscientes de cómo afrontar adecuadamente los diversos DCS ha llevado bastantes décadas de esfuerzo hasta que se han conseguido diagnosticar las causas del problema, desarrollar las medidas adecuadas y aplicarlas solventando los obstáculos. Estas medidas se engloban dentro de lo que habitualmente se denomina estrategias de control (o de prevención ambiental), que podrían describirse como aquel conjunto de medidas legislativas que pretenden desnormalizar determinadas conductas o consumos no saludables, actuando

fundamentalmente sobre los factores que influyen en la oferta y normalización de estos DCS, así como también en su demanda.

3. Abordar adecuadamente estos DCS implica ser consciente de la necesidad de enfrentarse a una serie de industrias que ya han tomado la decisión de priorizar sus beneficios sobre la salud poblacional. Estas grandes transnacionales se deben a sus accionistas e intentan cambiar la percepción social de las conductas que fomentan, poniendo todo tipo de medios y estrategias para que, en la medida de lo posible, negar o difuminar la evidencia científica, y diferir o diluir la puesta en marcha de medidas para su regulación efectiva.

4. Aquellas personas con profesiones sanitarias que trabajan en este campo deben ser conscientes de que, como señala la OMS, los conocimientos, actitudes y aptitudes necesarios para hacer frente a estas amenazas de la salud son distintos a los que se requieren para el ejercicio de los aspectos clínicos, incluso preventivos, de sus profesiones. Es más, por sus repercusiones sobre la salud pública, este es un campo que afecta a toda la sociedad civil y a todas las profesiones con responsabilidades sobre la defensa de la libertad de las personas y su calidad y expectativas de vida, de la generación actual y de las generaciones venideras.

5. La entrada en vigor en 2005 el primer tratado universal de Salud Pública, el Convenio Marco de la OMS sobre el Control del Tabaco (CMCT), ha supuesto un marco normativo, mundialmente aceptado, que permite a los países con menos posibilidades económicas enfrentarse –no de manera individual– a las grandes empresas de este campo. Teniendo en cuenta la evidencia científica que se está acumulando, ahora que se sabe buscar mejor dónde y cómo, la experiencia del CMCT sería extrapolable a los diversos DCS, para así poder facilitar marcos normativos universales basados en la evidencia que permitan enfrentarse a las amenazas que, para su población, suponen estas empresas (y los intereses comerciales de los países que en ocasiones las apoyan).

6. Lo indicado en el artículo 5.3 del CMCT, y en sus directrices, es también en gran medida extrapolable a otros DCS. Ser conscientes de que determinadas actividades comerciales tienen como efecto necesario un grave daño a la salud de la población y que estas empresas consideran estos efectos colaterales como irrenunciables por su parte, hace que su credibilidad como agentes sociales sea muy discutible y que sus condiciones de interlocución deban ser especialmente controladas.

1. LA SITUACIÓN

Como se ha señalado a lo largo de toda la monografía, los diversos Determinantes Comerciales de la Salud (DCS) hasta el momento identificados como tales son responsables de una gran parte de las Enfermedades No Transmisibles (ENT), así como de otros problemas de salud, y son un componente fundamental de las desigualdades existentes en salud, de los determinantes sociales de salud (Murray, 2022).

La búsqueda de beneficio económico es el objetivo de toda actividad comercial y es uno de los aspectos que permite el desarrollo de la sociedad. La búsqueda de beneficio económico no tiene por qué producir efectos no saludables; es más, conseguir mejoras en la salud puede ser el objetivo de determinadas actividades comerciales, bien sea reduciendo riesgos (como, p. ej., usar el casco en el trabajo a al andar en bicicleta, o añadir elementos para sazonar comidas) o bien sea, facilitando actividades que benefician a la salud, como la práctica de ejercicio moderado o de deporte o todo aquello que, *on-line* u *on-live*, facilita la interacción social.

Es más fácil detectar los efectos agudos que los efectos crónicos, en los que existen un mayor número de potenciales variables de confusión. Cuando en el pasado, en el que las herramientas epidemiológicas eran menos consistentes, se descubre alguna amenaza para la salud, procuraba regularse de acuerdo con los conocimientos e intereses del momento. De esta manera se ha ido regulando la contaminación por triquina de la carne de cerdo, la contaminación del marisco por la marea roja, la producción de metanol para ser bebido o la intoxicación laboral o ciudadana por plomo, por ejemplo.

Se sigue haciendo hoy en día: existen determinadas pruebas de toxicidad previas a la comercialización de determinados productos o actividades, aunque parte de la regulación suele venir *a posteriori* de los efectos o tras la presencia de accidentes.

Las circunstancias empezaron a cambiar durante todo el siglo XX, sobre todo en su segunda mitad: los constantes avances científicos (especialmente en investigación aplicada), accesibilidad a las comunicaciones, el desarrollo de determinadas ciencias sociales (como las ligadas al marketing), la lucha contra determinados totalitarismos de estado que caracterizó al siglo corto (1914-1989) frente al siglo largo (1789-1914), facilitó que empresas transnacionales fueran creciendo por encima de muchos estados y que al principio no se advirtiera la necesidad de una regulación mucho más específica de la ya existente.

Por otra parte, el avance de las ciencias estadísticas y epidemiológicas ha hecho que en 1950, quizá, solo podía considerarse evidencia no descartable, haya pasado a ser evidencia concluyente desde una perspectiva meramente científica.

A partir de la segunda mitad del siglo XX, las evidencias científicas sobre el daño sobre la salud poblacional de las actividades que realizaban determinadas empresas empezaron a multiplicarse. Y aquí llegó un punto de inflexión ético.

Mirándolo a posteriori, la década 1945-54 representa muy probablemente el punto de inflexión moral en la industria del tabaco. Hasta 1954 podía no ser descartable que sus ejecutivos, aunque "tiburones" de los negocios, tuvieran una base de honradez; pero, para quien disponga de los datos, en lo relacionado con las multinacionales del tabaco, es claro que quien a partir de este año decide permanecer en el negocio haciéndolo prosperar, ha tenido que tomar la decisión de ocultar intencionadamente los riesgos que conlleva el consumo de cigarrillos, mostrando que en su escala de valores la salud de su negocio está por encima de la de sus clientes y de su salud. Esta elección es una que, habitualmente, no han tenido que tomar tan explícitamente quienes trabajan en otras áreas de negocios, pero quienes estaban en el negocio del tabaco tuvieron que hacerlo: les gustase o no, tuvieron que elegir (Proctor, 2012). Hoy en día, sólo se conoce a quienes decidieron quedarse, no a quienes sus principios les impidieron hacerlo.

Se desconoce precisamente el punto de inflexión de otros DCS respecto a priorizar sus intereses comerciales a la salud poblacional, ya que solo en el campo del tabaco se dispone de los papeles de la industria, pero es cada vez más evidente que sus estrategias incluyen ensombrecer la evidencia científica, ejercer influencia de *lobbying* para intentar desviar el discurso social y la regulación política en contra de los intereses de la población (que se supone los agentes sociales y políticos deberían defender), y realizar el resto de estrategias que caracterizan a un DCS.

La realidad, hoy en día, es que los principales problemas de salud no son causados más o menos involuntariamente por diversas empresas pequeñas trabajando en lugares recónditos, sino que son generados -y mantenidos- por una serie de relativamente pocas empresas, plenamente conscientes de los daños que originan, pero

que intentan eludir toda su responsabilidad al respecto, mientras que no se vean obligadas a ello.

2. EL MOMENTO

Ante la actuación de los diversos DCS y la situación presente de las diversas amenazas para la salud que representan, la cuestión clave es qué se puede hacer para defender a la mayor parte de la población, especialmente, a aquellas personas que son más vulnerables; qué puede hacer la sociedad en su conjunto y a través de sus representantes civiles y políticos para que determinadas decisiones sociales importantes no sean tomadas -por defecto- por intereses particulares. Sin ser perfecto, porque queda una gran tarea por realizar, el momento es bueno:

1. Aunque con un cierto retraso, la sociedad empieza a ser consciente de la amenaza real que suponen los DCS: el campo de los DCS, surgido hace apenas una década, es ahora considerado muy relevante en Salud Pública y es un campo en pleno desarrollo; el primer libro monográfico sobre el tema se ha publicado en noviembre de 2023.

2. Son conocidas gran parte de las estrategias empleadas y en investigación se sabe qué es lo que se debe buscar. El fisiólogo francés Claude Bernard dijo que «Quien no sabe lo que busca, no entiende lo que encuentra»: ahora se conoce qué es lo que hay que buscar para ir añadiendo evidencia científica a cada DCS. Es posible realizar lo que se denomina una triangulación de la evidencia (Maani et al., 2023).

3. Con el primer DCS que se identificó como tal costó percibir la raíz de las estrategias, pero en 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) consiguió que entrara en vigor el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (CMCT). En la actualidad, aunque hay medidas que deben perfilarse mejor, se conoce cuál es el núcleo de las estrategias y de medidas de control, de prevención ambiental. No es una tarea fácil: en su discurso del 20 de mayo de 2013 a la WHA (Asamblea Mundial de la Salud), la directora general Margaret Chan señaló como ejemplo de que nos enfrentábamos al hecho de que ni un solo país en todo el mundo había conseguido darle la vuelta en todas las edades a la epidemia de la obesidad.

4. Este es un campo eminentemente multidisciplinar, tanto desde la perspectiva de quien fomenta los DCS poco saludables, como desde la perspectiva de quienes intentan ayudar a la población a protegerse de las amenazas de estos DCS: los problemas de salud pública no son competencia exclusiva de quien ejerce una profesión sanitaria, sino que afectan a la sociedad en su conjunto, con sus escalas de normas y valores, y a todos los estamentos –jurídicos, políticos, periodísticos y económicos, entre otros– encargados de velar por bien general de la población (Maani et al., 2023).

5. Aunque hay algunas amenazas que son globales y afectan al conjunto del planeta, como el cambio climático, gran parte de los DCS afectan más a los países más desarrollados económicamente y es aún posible mitigar los efectos que están intentando ocasionar en las poblaciones con menor poder adquisitivo. En tabaco, determinadas normas sociales protegieron en un principio a la población femenina: en 2019 se calculaba que en el mundo fumaban 940 millones de varones y 193 millones de mujeres, casi 5 veces más (The Tobacco Atlas, 2023). Una diferencia relativamente similar ocurre entre los países con más y con menos recursos económicos, algo que en principio ha protegido parcialmente a la población de estos últimos.

6. Dentro de los países más desarrollados económicamente, los problemas de los DCS afectan desproporcionadamente, sobre todo en los estratos más desfavorecidos, algo que muestra que la sociedad no está protegiendo justo a quien más lo necesita. Como se ha comentado en un capítulo de la monografía, no es solo una cuestión de salud, sino de justicia, de equidad.

3. LA ACCIÓN

Abordar adecuadamente estos DCS implica contrarrestar las estrategias que estas industrias habitualmente emplean. A quien trabaja en este campo, ya casi nada suena a nuevo. Al igual que los diversos DCS imitan o copian parcialmente estrategias entre sí, quien trabaja en un DCS particular puede también analizar las estrategias de otros campos, bien de las industrias que influyen en él o bien de quien se enfrenta a estas industrias.

Un abordaje adecuado implica también ser consciente de la necesidad de enfrentarse a una serie de industrias que ya han tomado la decisión de priorizar sus beneficios sobre la salud poblacional. Como se señala en la conclusión del libro de Oxford University Press *Commercial Determinants of Health* (Maani et al., 2023) "*la investigación sobre DCS nunca ha sido más relevante ni ha tenido más probabilidades de ser cuestionada por una variedad de intereses en competencia*".

La experiencia muestra que, por defender el *statu quo* adquirido, las prebendas conquistadas, estas grandes transnacionales intentan cambiar la percepción social de las conductas que fomentan, poniendo todo tipo de medios y estrategias para, en la medida de lo posible, negar o difuminar la evidencia científica, y diferir o diluir la puesta en marcha de medidas para su regulación efectiva.

Entre los aspectos a priorizar podrían destacarse (Kickbusch et al., 2026; Lacy-Nichols et al., 2023; Wood et al., 2022):

1. La difusión de la evidencia científica ya descubierta. Aunque en algunos de los DCS se necesitan más datos, el principal problema en la actualidad reside en que una gran parte de lo ya obvio no es conocido ni por la población general ni por quienes deben tomar las decisiones públicas. Que la mayor parte de la población y de sus responsables sea consciente de la magnitud del problema y de sus principales causas es un primer paso necesario, lo demás vendrá consecuentemente. Es importante en esta tarea contar con grupos de abogacía, así como con profesionales de los muy diversos medios de comunicación que puedan exponer con rigor, e interés, cómo es la realidad.

2. Fortalecer los sistemas de gobernanza existente en los diversos países, para que las personas responsables tengan mayor capacidad de resistencia frente a las diversas presiones a las que pueden verse sometidas. La cuestión de la transparencia en las relaciones con todo tipo de intereses es aquí clave. Otro aspecto clave es la facilitación de marcos normativos aplicables a todo país que quiera aceptarlos; es lo que pasó con el CMCT de la OMS: esta normativa libremente aceptada por cada país permite enfrentarse a una industria poderosa como la del tabaco con argumentos y herramientas normativas basadas en la evidencia científica y no de manera particular, sino en un marco aceptado prácticamente de manera universal. Probablemente, el mayor obstáculo que exista para la elaboración de nuevos tratados universales de salud pública resida en la eficacia del primero, del CMCT: las industrias son conscientes de sus potenciales consecuencias y presionan a aquellos gobiernos sobre los que

ejercen influencia para paralizar movimientos al respecto. Y la OMS, al igual que la Organización de Naciones Unidas (ONU), está formada por los distintos gobiernos.

3. Ser conscientes de los múltiples conflictos de intereses existentes y aplicar rigurosamente las diversas medidas para exponerlos, resolverlos y analizar su influencia.

   - Esto es especialmente relevante en el campo de la investigación: ser consciente de que hay investigaciones que se realizan con el único fin de distorsionar la evidencia científica y tener capacidad para reconocerlo es imprescindible para trabajar en este campo, ya que "la duda es su producto" (Graham et al., 2022; Perry, 2020).

   - También lo es en el campo del *lobbying*, tanto a nivel de medios de comunicación social como a nivel político. La capacidad económica de estas empresas facilita su influencia a la hora de mover a quienes modelan la opinión pública y a quienes acaban redactando las normativas reguladoras. Para así poder facilitar marcos normativos universales basados en la evidencia que permitan enfrentarse a los diversos países a las amenazas que, para su población, suponen estas empresas (y los intereses comerciales de los países que en ocasiones las apoyan). Al igual que en el punto anterior, la transparencia a la hora de las relaciones y subvenciones es clave. La aparente respetabilidad de realizar una actividad legal debe ser puesta en entredicho cuando se comprueba qué medios ponen para conseguir sus objetivos.

   - El manejo de los conflictos de interés es un campo que requiere también especial sensibilidad en todo aquello que se refiere a los potenciales conflictos de interés de quienes son profesionales de la salud o de las asociaciones u organizaciones que los representan.

En relación con el manejo de los potenciales conflictos de interés de los distintos DCS, puede ser útil extrapolar las directrices del artículo 5.3 del CMCT, que es el que habla sobre las relaciones con la industria.

Aunque a lo largo de la monografía se ha hablado de empresas privadas, son en ocasiones determinadas empresas públicas las que actúan como DCS. La OMS aconseja tratarlas como a las privadas.

4. AMPLIO CAMPO

Aunque en esta monografía se han abordado fundamentalmente aquellos DCS descritos como tales y que presentan ciertos componentes adictivos, este campo es bastante más amplio. De hecho, la contaminación ambiental es un grave factor de riesgo de ENT y el cambio climático por la acción de la industria de los combustibles fósiles y de otras industrias puede ser considerado el principal problema que, estando presente ya, nos va a venir previsiblemente en las próximas décadas (Ziegler y Muchira, 2023).

Trabajar en este campo es apasionante, porque enfrente están inteligencias muy poderosas con una gran abundancia de medios. Pero en el fondo la cuestión es qué tipo de sociedad queremos para esta generación y para las generaciones venideras.

REFERENCIAS

Graham, S. S., Karnes, M. S., Jensen, J. T., Sharma, N., Barbour, J. B., Majdik, Z. P., y Rousseau, J. F. (2022). Evidence for stratified conflicts of interest policies in research contexts: a methodological review. *BMJ Open*, *12*(9), e063501. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-063501

Kickbusch, I., Allen, L., y Franz, C. (2016). The commercial determinants of health. *The Lancet Global health*, *4*(12), e895–e896. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30217-0

Lacy-Nichols, J., Nandi, S., Mialon, M., McCambridge, J., Lee, K., Jones, A., Gilmore, A. B., Galea, S., de Lacy-Vawdon, C., de Carvalho, C. M. P., Baum, F., y Moodie, R. (2023). Conceptualising commercial entities in public health: beyond unhealthy commodities and transnational corporations. *Lancet, 401*(10383), 1214–1228. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)00012-0

Maani, N., Petticrew, M., y Galea, S. (2023). *The Commercial Determinants of Health.* Oxford University Press.

Murray, C. J. L. (2022). The Global Burden of Disease Study at 30 years. *Nature Medicine*, *28*(10), 2019-2026. https://doi.org/10.1038/s41591-022-01990-1.

Perry, H. (2020). Is Access Enough? Interrogating the Influence of Money and Power in Shaping Information. *Open Information Science*, *4*(1), 29-38. https://doi.org/10.1515/opis-2020-0003

Proctor, R. N. (2012) *Golden Holocaust: Origins of the cigarette catastrophe and the case for abolition*. University of California Press.

The Tobacco Atlas (2023). *Prevalence*. https://tobaccoatlas.org/challenges/prevalence/#:~:text=Although%20global%20smoking%20prevalence%20has,were%20current%20smokers%20in%202019

Wood, B., Baker, P., y Sacks, G. (2022). Conceptualising the commercial determinants of health using a power lens: a review and synthesis of existing frameworks. *International journal of health policy and management, 11*(8), 1251–1261. https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.05

Ziegler, C. y Muchira, J. (2023). Climate Change: The Ultimate Determinant of Health. *Primary Care*, *50*(4), 645-655. https://doi.org/10.1016/j.pop.2023.04.010