



Por el control del cáncer

Sistema de Vigilancia de
Medios de Comunicación, Políticas y Legislación
Boletín de seguimiento de Medios

Boletín

Mayo 2013

Seguimiento a la información de medios relacionada con el control del cáncer y sus factores de riesgo.

El Sistema de Vigilancia de Medios de Comunicación del Instituto Nacional de Cancerología ESE, es una herramienta que permite hacer análisis y seguimiento sistemático a la información publicada en medios nacionales (prensa, radio, televisión e internet) respecto al cáncer y sus factores de riesgo.

Durante el mes de Mayo, se realizó el seguimiento a los medios de comunicación del país, técnica entendida como monitoreo de medios de alcance local, regional y nacional para su posterior análisis cuantitativo y cualitativo.

El análisis contó con el soporte de un sistema externo de monitoreo, con el ánimo de ofrecer una cobertura más detallada de medios.

1. Generalidades de la información registrada.

Durante el periodo comprendido entre el 1° y el 31 de mayo de 2013 se registraron 1256 noticias en los medios de comunicación del país correspondientes a prensa, radio, Televisión e internet. Este es un Indicador importante que permite visualizar que los temas relacionados con el Cáncer y sus factores de riesgo están insertos en la agenda de los medios en Colombia.

Ministerio de Salud y Protección Social
Instituto Nacional de Cancerología ESE
Grupo Políticas y Movilización Social
Boletín de Seguimiento de Medios de Comunicación

Volúmen 1, Número 2

Bogotá D.C., 10 de junio de 2013

Raúl Hernando Murillo Moreno
Director General

Carolina Wiesner Ceballos
Subdirectora de Investigaciones, Vigilancia Epidemiológica, Promoción y Prevención

Alejandro Niño Bogoya
Coordinación Editorial y Gráfica
Grupo Políticas y Movilización Social
anino@cancer.gov.co

Lee Steven Bermúdez Rivera
Seguimiento y Análisis de la información
Grupo Políticas y Movilización Social
lsbermudez@cancer.gov.co

Tabla de Contenido

1. Generalidades de la información registrada.....	1
2. Intención comunicativa	4
3. Temas registrados.....	5
4. Temas de mayor impacto.....	8
5. Temáticas frente a intenciones comunicativas.....	12
6. Tendencia de registros	13
7. Bibliografía.....	14

El porcentaje de noticias según el medio en el que fueron publicadas fue: internet con 632 registros, televisión con 236, prensa 229, y radio 159. (Ver Grafico 1). La tabla 1,2 ,3 y 4 detalla el número de publicaciones en cada medio de comunicación registrado.

Los tres medios que ofrecieron un mayor número de noticias por tipo de registro fueron:

Internet:

Yahoo! Colombia (co.noticias.yahoo.com) con 90.

El Tiempo (www.eltiempo.com) con 33.

El Heraldo (www.elheraldo.co) con 26.

Prensa:

El Tiempo (Nacional) con 23.

El Espectador con 18.

El Nuevo Siglo con 16.

Radio:

Caracol Radio con 50.

RCN Radio con 40.

La W 31.

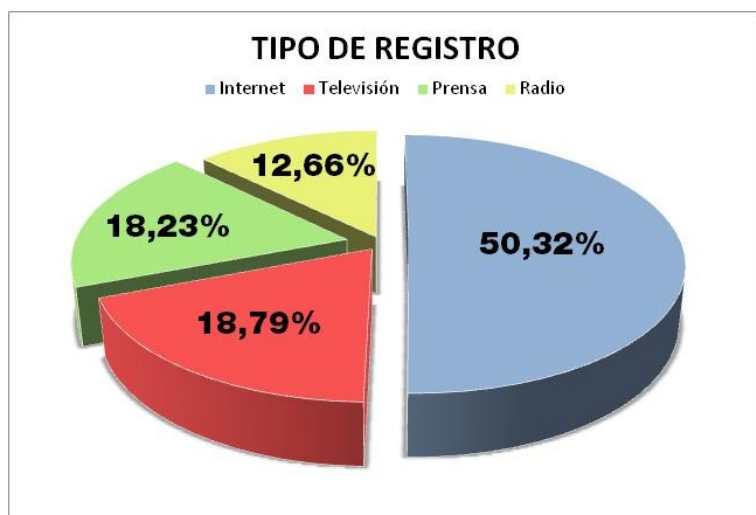
Televisión:

Canal RCN con 47.

City TV con 33.

Canal Caracol con 28.

Grafico 1. Tipos de registros durante el mes de Mayo de 2013.



Valores expresados en porcentajes

Tabla 1. Información registrada en Internet por medio de comunicación durante el mes de Mayo de 2013.

Medio	Total
Yahoo! Colombia	90
El Tiempo (online)	33
El Heraldo (online)	26
MSN Colombia	25
www.cmi.com.co	24
Vanguardia Liberal (online)	23
Caracol Radio (Online)	23
El Universal (Online)	22
El Espectador (Online)	21
El Colombiano (online)	20
El Periódico (Online)	18
Semana (Online)	17
La Patria (Online)	15
LA FM (online)	12
Diario ADN (Online)	11
El Espacio (Online)	10
El Nuevo Siglo (Online)	9
City TV (Online)	9
Starmedia (Online)	9
El Mundo (online)	9
Periódico Deportivo (Online)	9
Zona Cero (Online)	8
Radio Santa Fe (Online)	8
Radio Munera (Online)	8
RCN Radio (Online)	8
El País (Cali) Online	8
La Opinión (Online)	8
Diario del Huila (Nevia) Online	7
Diario de Occidente (Online)	7
Estar Bien (Online)	7
La W (Online)	6
Vanguardia Valledupar (Online)	5
El Diario del Otún (Online)	5
El Nuevo Día (Ibagué) Online	5
Portafolio (Online)	5
La Crónica del Quindío (Online)	5
Canal RCN (Online)	5
La República (online)	5
El Meridiano de Córdoba (online)	5
Reuters América Latina (Online)	4

Continúa en la siguiente página.

Medio	Total
El Informador (Online)	4
Canal Caracol (Online)	4
Colombia.com	4
Radio Guatapuri (Online)	4
CNN Expansion.com	3
La Nación (online)	3
Universia (online)	3
Notingenio (Online)	3
NTN 24 (Online)	3
La Tarde (Online)	3
El Meridiano de Sucre (Online)	3
Quedice.net (Online)	2
Gente Norte (Online)	2
Así lo ve Oscar	2
Businesscol (Online)	2
Publimetro (Online)	2
Cromos (Online)	2
Area Cúcuta (Online)	2
Revista Nueva (Online)	2
FayerWayer (Online)	2
Dinero (Online)	2
El Malpensante (Online)	1
Todelar (Online)	1
Canal Uno (Online)	1
Boyacá 7 Días (Online)	1
Blu Radio (Online)	1
Credencial (Online)	1
Radio Magdalena (Online)	1
Radio Super (Online)	1
Diners (Online)	1
Radionica (Online)	1
Autocosmos (Online)	1
M2m (Online)	1
FutbolRed (Online)	1
Alo Mujeres (Online)	1
Gente Elite (Online)	1
Abc del Bebé (Online)	1
Revista P&M 2 (Online)	1
Estereofónica (Online)	1
La X más Música (Online)	1
La Silla Vacía (Online)	1
VIVE IN BOGOTÁ (Online)	1
Total Internet	632

Tabla 2. Información registrada en Prensa por medio de comunicación durante el mes de Mayo de 2013.

Medio	Total
El Tiempo (Nacional)	23
El Espectador	18
El Nuevo Siglo	16
El Colombiano	14
El Heraldo (Barranquilla)	13
Diario Mío	12
Q'hubo Bogotá	9
ADN (Bogotá)	9
Semana	9
Vanguardia Liberal	9
El País (Cali)	9
El Universal (Cartagena)	7
Boyacá 7 días	6
El Periódico	6
Diario de Occidente	5
El Mundo (Medellín)	5
Terra Colombia	5
Llano 7 días	4
El Espacio	4
Extra	4
La República	4
Publimetro	3
Gerente	3
El Pueblo	3
Zona Cero	3
El Nuevo Día (Ibagué)	3
Portafolio	2
Nueva	2
La Verdad (Cartagena)	2
La Crónica del Quindío	2
Carrusel	2
La Libertad	2
Elenco	2
Diario Del Sur (Pasto)	1
Cromos	1
Avianca	1
Periódico Deportivo	1
TV y Novelas	1
Diario del Huila (Neiva)	1
La Opinión (Cúcuta)	1
Mis finanzas en línea	1
Diario del Magdalena	1
Total Prensa	229

Tabla 3. Información registrada en Radio por medio de comunicación durante el mes de Mayo de 2013.

Medio	Total
Caracol Radio	50
RCN Radio	40
La W	31
La FM	13
Blu Radio	13
Colmundo Radio	6
Radio Red	2
Radio La Cariñosa	2
Todelar	1
Radio Minuto de Dios	1
Total Radio	159

Tabla 4. Información registrada en Televisión por medio de comunicación durante el mes de Mayo de 2013.

Medio	Total
Canal RCN	47
City TV	33
Canal Caracol	28
Canal ET	23
NTN 24	23
Canal Uno	20
Canal Capital	14
TeleAntioquia	12
Cablenoticias	9
TelePacífico	9
Canal-Tro	5
TeleCafé	5
Día Tv	3
Telecaribe	2
Teleamiga	2
CNN en Español	1
Total Televisión	236

2. Intención comunicativa.

Se categorizaron los 1256 registros en 5 tipos de intenciones comunicativas: Generación de Conciencia, Denuncia, Informativa, Generación de Opinión y Pronunciamiento. (Ver Tabla 5)

La intención comunicativa se entiende como el propósito, la meta o finalidad que se quiere conseguir en el participante de un acto comunicativo, por medio de un discurso que se plasma en la información. La intención modela este discurso del emisor, puesto que sus actos lingüísticos irán encaminados a lograr el propósito que persigue (aunque sea de forma inconsciente), a la vez que también influye en la interpretación del receptor.

“La intención comunicativa es el objetivo que perseguimos cuando hablamos, escribimos o emitimos algún mensaje. Si queremos informar, nuestro mensaje tendrá ciertas características, si queremos convencer o persuadir a alguien, la estructura y características del mensaje cambiarán. Sin embargo, un mismo mensaje puede tener más de una intención. Un texto, por ejemplo, puede tener varias intenciones comunicativas, aunque una es la que predomina” (1)

2.1 Categorización de la intención comunicativa para el Sistema de Vigilancia de Medios de Comunicación del Instituto Nacional de Cancerología.

2.1.1. Generación de conciencia: Se utiliza para que la gente tome conciencia sobre algo, en estos registros la intención es la generación de conciencia sobre el Cáncer, sus factores de riesgo, los efectos de la enfermedad y la lucha de las personas que lo padecen, entre otros aspectos.

2.1.2. Denuncia: Pronunciamiento o declaración pública sobre un tema o hecho que afecta a un colectivo de personas. El sistema de vigilancia contempla para este caso, aspectos como el incumplimiento de las leyes y la normatividad vigentes, las fallas en la atención o las deficiencias del sistema de salud que afecten a los actores relacionados con el cáncer y sus factores de riesgo.

2.1.3. Informativa: Aporta los datos principales sobre un hecho e intenta ser objetiva. Su función es informar los eventos tal como suceden por lo que al redactarla el autor

generalmente omite comentarios, juicios o posturas al respecto.

2.1.4. Generación de opinión: Es un juicio que se forma sobre algo cuestionable. La opinión también es el concepto que se tiene respecto a algo o alguien. En este caso sobre el cáncer y sus factores de riesgo.

2.1.5. Pronunciamiento: Declaración de una entidad para precisar un asunto o contrarrestar una noticia la cual genere ruido.

Tabla 5. Intención comunicativa registrada durante el mes de Mayo de 2013.

Intención Comunicativa	Total
Informativa	1085
Generación de conciencia	84
Denuncia	56
Generación de opinión	25
Pronunciamiento	6
Total general	1256

3. Temas registrados.

Las 1256 informaciones publicadas en Mayo en los medios de comunicación objeto de la evaluación, se identificaron once temas relacionados con el control del cáncer y sus factores de riesgo (Ver tabla 6). Este análisis se realizó con base en la teoría del “establecimiento periodístico” o *agenda-setting*.

La teoría del establecimiento periodístico de temas de discusión, también conocido por el teoría de la *agenda-setting* postula que los medios de comunicación de masas tienen una gran influencia sobre el público al determinar qué historias poseen interés informativo y cuánto espacio e importancia se les da. El punto central de esta teoría es la capacidad de los *mass-media* para graduar la importancia de la información que se va a difundir, dándole un orden de prioridad para obtener mayor audiencia, mayor impacto y una determinada conciencia sobre la noticia. Del mismo modo, deciden qué temas excluir de la agenda. Más claramente, la teoría del “establecimiento de la agenda” dice que la agenda mediática, conformada por las noticias que difunden los

medios informativos cotidianamente y a las que confieren mayor o menor relevancia, influye en la agenda del público.

Esta teoría, estudia el impacto de la prensa y la información que ésta maneja en el público, además del análisis de las audiencias. Su principal preocupación es analizar cómo la información de los medios masivos influye en la opinión pública, y las imágenes que albergamos en nuestras mentes como espectadores o lectores de esas noticias. Para la agenda setting la prensa es mucho más que un simple proveedor de información y opinión, lo que ocurre en el estado, en el país y en el mundo luce diferente para distintas personas, no sólo por su ideología e intereses individuales, sino también por el mapa informativo que trazan los reporteros, editores y articulistas de los medios a través de los cuales se informan.

Las principales consideraciones de esta teoría son la capacidad de los mass-media para graduar la importancia de la información que se va a difundir, dándole un orden de prioridad para obtener mayor audiencia, impacto y una determinada conciencia sobre la noticia, y la inclusión o exclusión de determinados temas. Es decir, los temas que son relevantes para los medios se convierten en temas importantes para el público. El nombre “agenda setting” no posee una traducción consolidada al español, y se han utilizado en la literatura términos como “función del establecimiento de una agenda temática” o variaciones como “jerarquización de noticias” o “canalización periodística de la realidad” entre otras. (2)

3.1 Categorización de las temáticas.

3.1.1. Prevención del cáncer (control del riesgo): la definición de prevención según la Real Academia de la Lengua es la Preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo. (3)

El control del riesgo de cáncer pretende reducir la incidencia de algunos tipos de patologías malignas, para las cuales se han identificado riesgos mediante estudios epidemiológicos y se han probado alternativas de

intervención en el terreno de la promoción de la salud y en la protección específica. (4)

La forma más efectiva de prevenir y reducir el riesgo de cáncer es mediante el control del tabaquismo, el consumo de dietas balanceadas, el control de ciertas infecciones, desplegar una mayor actividad física y reducir la exposición a cancerígenos ocupacionales y ambientales.

Los diferentes modelos de prevención del cáncer han sido planteados por diferentes países e instituciones. En todos ellos se tiene en cuenta los diferentes niveles de prevención: primario, secundario y terciario.

Prevención primaria: consiste en promoción de la salud (estilos de vida saludables) y reducción de los factores de riesgo (no exposición a agentes físicos, químicos y biológicos). Este nivel de intervención permite reducir, básicamente, el número de casos nuevos de cáncer (incidencia). (5)

3.1.2. Detección temprana del cáncer: La detección temprana comprende las actividades dirigidas a reducir el estado clínico en el momento del diagnóstico para permitir una mayor tasa de curación y por tanto una reducción en la mortalidad por cáncer. La detección temprana se puede realizar atendiendo y canalizando adecuadamente los pacientes que presentan síntomas incipientes de la enfermedad o mediante la tamización, la cual consiste en la práctica rutinaria de exámenes en población asintomática definida de acuerdo con el perfil de riesgo. La tamización a su vez, se puede realizar a través de programas de base poblacional en donde se pretende alcanzar a toda la población objeto o mediante programas de base institucional en donde se vincula al programa únicamente personas que entran en contacto con los servicios de salud de forma espontánea. (4)

Se realiza la detección precoz o temprana del cáncer con el propósito de realizar un tratamiento oportuno. Este nivel de intervención permite, básicamente, reducir el número de muertes, y es muy importantes pues, en sus etapas iniciales, la mayoría de los cánceres son asintomáticos. (5)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) La detección precoz del cáncer aumenta enormemente las posibilidades de que el tratamiento resulte eficaz. Los componentes principales de la detección precoz del cáncer son dos: la educación para promover un diagnóstico precoz y el cribado.

Si se reconocen las posibles señales de alerta del cáncer y se toman medidas con rapidez puede llegarse a un diagnóstico precoz. Un mayor conocimiento de las posibles señales de alerta del cáncer entre los médicos, el personal de enfermería y otros dispensadores de atención de salud, así como entre el público en general, puede tener un gran impacto en la enfermedad. Algunas de las señales iniciales del cáncer son la aparición de bultos, llagas que no cicatrizan, sangrado anormal, indigestión persistente y ronquera crónica. El diagnóstico precoz es especialmente importante en el cáncer de mama, cuello uterino, boca, laringe, colon y recto, y piel. (6)

3.1.3. Diagnóstico del cáncer: El diagnóstico es un proceso que toma tiempo porque los síntomas pueden deberse a varias causas, una de las cuales puede ser cáncer. Practicando varios tipos de exámenes el médico irá descartando las posibles causas de los síntomas que tiene el paciente. El proceso para llegar a un diagnóstico incluye: Entrevista, Exámenes físicos, Análisis de laboratorio (sangre y orina), Diagnóstico por imágenes, Diagnóstico por inspección endoscópica y Biopsias. (7)

3.1.4. Tratamiento del cáncer: el tratamiento del cáncer está determinado por su localización y el grado de avance en el que se ha diagnosticado la enfermedad. Las principales formas de tratarlo son: la cirugía, la quimioterapia, la radioterapia, terapia fotodinámica, terapia hormonal, terapia biológica, entre otros. (5)

Los principales objetivos de un programa de tratamiento del cáncer son curar o prolongar considerablemente la vida de los pacientes, y garantizar la mejor calidad de vida posible a quienes sobreviven a la enfermedad. Los programas de tratamiento más eficaces y eficientes son los que: funcionan de forma continuada y equitativa; están vinculados a sistemas de detección precoz; respetan normas de atención basadas en datos

probatorios y aplican un enfoque multidisciplinario.

Además, esos programas garantizan un tratamiento adecuado para los tipos de cáncer que, si bien no se prestan a una detección precoz, tienen un alto potencial de curación (como el seminoma metastásico y la leucemia linfática aguda en los niños) o buenas probabilidades de que la supervivencia se prolongue con una buena calidad de vida (como el cáncer de mama y los linfomas en fase avanzada).(8)

3.1.5. Rehabilitación: La rehabilitación del cáncer ayuda a una persona con cáncer a obtener el mejor funcionamiento físico, social, psicológico y laboral durante y después del tratamiento del cáncer. El objetivo de la rehabilitación es ayudar a la persona a recobrar el control sobre muchos aspectos de su vida y a permanecer tan independiente y productiva como sea posible. La rehabilitación puede ser valiosa para cualquier persona con cáncer y para aquellas personas que están en recuperación del tratamiento del cáncer.

La rehabilitación puede mejorar la calidad de vida de las personas con cáncer y sus familias, e incluye:

- Mejorar la fortaleza física para ayudar a compensar cualquier limitación relacionada con el cáncer o su tratamiento.
- Ayudar a la persona con cáncer a ser más independiente y menos dependiente de sus cuidadores.
- Ayudar a la persona con cáncer a adaptarse a las pérdidas reales, percibidas y potenciales debido al cáncer y su tratamiento.
- Reducir los problemas con el sueño.
- Disminuir la cantidad de hospitalizaciones. (9)

3.1.6. Cuidado paliativo: Los cuidados paliativos son una parte esencial de la lucha contra el cáncer y pueden dispensarse de forma relativamente sencilla y económica. Los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida de los pacientes y las familias que se enfrentan con enfermedades amenazantes para la vida, mitigando el dolor y otros síntomas, y proporcionando apoyo espiritual y psicológico desde el momento del diagnóstico hasta el final de la vida y durante el duelo.

Estos tipos de cuidados alivian el dolor y otros síntomas angustiantes; afirman la vida y consideran la muerte como un proceso normal; no intentan ni acelerar ni retrasar la muerte; integran los aspectos psicológicos y espirituales del cuidado del paciente; ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a los pacientes a vivir tan activamente como sea posible hasta la muerte; ofrecen un sistema de apoyo para ayudar a la familia a adaptarse durante la enfermedad del paciente y en su propio duelo; utilizan un enfoque de equipo para responder a las necesidades de los pacientes y sus familias, incluido el apoyo emocional en el duelo, cuando esté indicado; mejoran la calidad de vida, y pueden también influir positivamente en el curso de la enfermedad; pueden dispensarse en una fase inicial de la enfermedad, junto con otros tratamientos que pueden prolongar la vida, como la quimioterapia o la radioterapia, e incluyen las investigaciones necesarias para comprender y manejar mejor complicaciones clínicas angustiosas. (10)

3.1.7. Gestión del conocimiento: el conocimiento hace referencia a una información estructurada y organizada, y constituye un nivel superior de la información. Se entiende la gestión del conocimiento como “la planificación, organización, coordinación y control de las actividades que lleven a la captura, creación y difusión de conocimiento en una empresa o tipo de organización de una manera eficiente”. Los procesos relacionados con la gestión del conocimiento son: generación de nuevo conocimiento, acceso a conocimiento de fuentes externas, disposición de nuevo conocimiento en bases de datos, software, documentos técnicos, transferencia de conocimiento a otros, medición del conocimiento, establecimiento de incentivos para la creación y difusión del conocimiento. (11)

De igual manera dentro de este tema podemos encontrar las noticias sobre investigaciones o estudios acerca del cáncer.

3.1.8. Gestión del talento humano: sistema de administración y desarrollo de los recursos humanos consistente en un conjunto de políticas, normas y procedimientos destinados a organizar los elementos humanos que se requieren, crear y mantener condiciones

necesarias para garantizar la mejor utilización de este recurso y mantener equilibrio entre la empresa y sus funcionarios. (11)

Tabla 6. Temas registrados durante el mes de Mayo de 2013

Tema	Total
Prevención del cáncer (Control del riesgo)	636
Gestión del talento humano	160
tratamiento del cáncer	159
Detección temprana del cáncer	126
Gestión del conocimiento	78
Diagnóstico del cáncer	69
Rehabilitación	26
Cuidado Paliativo	2
Total general	1256

4. Temas de mayor impacto

4.1. Día Mundial Sin Tabaco: En la celebración del día mundial sin tabaco, la Organización Mundial de Salud (OMS) está promoviendo “acabar en todo el mundo con la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco”. En este sentido, Colombia es pionero en Suramérica, pues ya tiene establecida la prohibición total de toda forma de publicidad, promoción y patrocinio de productos de tabaco y sus derivados de acuerdo a lo establecido en los artículos 14 al 17 de la Ley 1335 del 2009 y en la Sentencia de la Corte Constitucional C-830 de 2010.

Esta prohibición entró en vigor el pasado 21 de julio de 2011 y a través de la Circular No. 41 del 19 de julio de 2011, expedida por el Ministerio de Salud, se divulgaron las obligaciones de las Entidades Territoriales para garantizar el cumplimiento de las medidas y prohibiciones que ordena la Ley.

De la misma forma, Colombia ha avanzado en otros aspectos en la prevención del consumo del tabaco, como en las advertencias sanitarias que ocupan el 30% de las caras principales de las cajetillas con texto y pictograma.

Asimismo, se conformó el comité de etiquetado y empaquetado de productos de tabaco integrado por la Subdirección de Enfermedades No Transmisibles (ENT), Dirección Jurídica y Oficina de Tecnología de la

Información y Comunicación del Ministerio de Salud, que tiene como función realizar el proceso de evaluación integral del etiquetado y empaquetado de productos de tabaco que anualmente desarrolla ésta dependencia.

Para esta labor, el Ministerio invierte numerosos recursos en pro del cumplimiento esta función como el diseño y activación anual de advertencias sanitarias para los productos de tabaco, el estudio del impacto emocional de las advertencias sanitarias, movilización social y material didáctico entre otros, mediante convenio con Instituto Nacional de Cancerología, se invirtieron en 2011 y 2012, 440 millones y 375 millones de pesos, respectivamente.

Solo en nuestro país el consumo de cigarrillo deja anualmente unas 21 mil personas muertas por causas asociadas a esa industria. Igualmente, según cifras de la Organización Mundial de la Salud (OMS), este hábito dejar en el mundo cada año más de seis millones de muertos.

Ante esas cifras, Yul Francisco Dorado, director para América Latina de Corporate Accountability International (corporación internacional independiente que analiza, entre otros asuntos, comportamientos que inciden en la salud pública), expresó que hay que empezar a combatir la publicidad engañosa que cada vez más atrae a niños y jóvenes al consumo en edades muy tempranas. Según los estudios de la entidad, en los últimos años la edad de inicio en el consumo de cigarrillo es de 12 años.

4.2. Socialización del Plan Decenal del cáncer: Con la finalidad de reducir la prevalencia, mortalidad y discapacidad como consecuencia del cáncer, el Ministerio de Salud y Protección Social con el Instituto Nacional de Cancerología iniciaron en Tolima el lanzamiento y socialización regional del Plan Decenal de Cáncer 2012-2021 para lograr una salud más justa, moderna y segura para todos los colombianos.

El Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios, Fernando Ruíz Gómez, planteó la necesidad de generar intervenciones oportunas cuya finalidad es mejorar el acceso a los servicios y la calidad de vida de niños, niñas y adultos que tienen cáncer en el país. “En

Colombia, la principal causa de muerte en las mujeres es el cáncer de mama, seguido por el de cuello uterino, estómago, pulmón y colon y recto. Entre los hombres, la principal causa de muerte es el cáncer de estómago, seguido por el de próstata, pulmón, colon y recto y las leucemias”, dijo el Viceministro Ruiz Gómez.

Explicó que cada año en el país se presentan más de 70 mil casos nuevos de cáncer, afectando más a las mujeres que a los hombres; a su vez mueren cerca de 33 mil personas a causa de esta enfermedad. A nivel mundial, nuestro país se encuentra entre las naciones con riesgo medio de cáncer, por debajo de Estados Unidos, Canadá, Australia y algunos países de Europa. Este comportamiento está relacionado con actores de riesgo asociados al desarrollo, la transición demográfica y el proceso de envejecimiento de la población.

Sobre la situación específica del Tolima, el Viceministro indicó que se ubica con tasas intermedias-altas de incidencia y mortalidad por cáncer con relación a las cifras nacionales. En este departamento, el cáncer más frecuente entre los hombres es el de próstata, seguido por el de estómago y pulmón. En las mujeres, la primera causa de enfermedad por cáncer es la de cuello de útero, seguido por los cánceres de mama y estómago.

“Este departamento llevará a cabo el proyecto piloto de implementación y fortalecimiento de la estrategia de promoción de los estilos de vida saludable, incluyendo actividad física, alimentación saludable y ambientes 100% libres de humo y prevención de las Enfermedades No Transmisibles. Esta implementación abarca la elaboración de los instrumentos de evaluación y la aplicación de los mismos en diez municipios priorizados como Fresno, Líbano, Mariquita, Ibagué, Espinal, Guamo, Chaparral, Natagaima, Melgar y Cajamarca”, concluyó.

El Plan Decenal de Cáncer 2012- 2021 está diseñado bajo seis líneas estratégicas, entre ellas el control del riesgo; la detección temprana; atención, rehabilitación y superación de los daños causados; cuidados paliativos; gestión del conocimiento y tecnologías; y formación del talento humano.

Incluye, además, nuevas estrategias para consolidar el

Sistema de Información en Cáncer y el Observatorio Nacional de Cáncer, para mantener actualizada la situación del cáncer, vigilar los procesos de atención, las tecnologías y medicamentos utilizados.

También contempla la atención, rehabilitación y superación de los daños causados por cáncer incluyendo el cuidado paliativo, con énfasis especial en la reorganización y mejoramiento de la oferta de servicios mediante la conformación de unidades especializadas y centros de excelencia, para garantizar el acceso con integralidad, oportunidad y continuidad de las intervenciones dirigidas al paciente con cáncer y su familia.

El Gobierno Nacional, con esta política pública, pilar fundamental de la reglamentación de las leyes 1384 y 1388 de 2010, nace como una respuesta ante la carga creciente del cáncer en el perfil de salud de los colombianos, por lo que busca movilizar la acción del Estado, la acción intersectorial, la responsabilidad social empresarial y la corresponsabilidad individual para el control del cáncer en Colombia.

4.3. Reglamentan ley que protege a los enfermos de Cáncer del país: Las leyes 1348 y 1388 de 2010 buscan establecer acciones para la atención integral del cáncer y priorizar el derecho a la vida de los menores afectados por la enfermedad.

Con ambas leyes, el Ministerio de Salud establece lineamientos nacionales obligatorios para el control integral de la mortífera enfermedad mediante campañas de promoción y prevención, tratamiento adecuado, rehabilitación, diagnóstico oportuno y cuidados paliativos.

Con estas leyes, los colombianos se beneficiarían de mejor acceso, disponibilidad, oportunidad y continuidad para el diagnóstico y la atención de la enfermedad, además que se garantizaría la atención en salud en instituciones adecuadas para el manejo del cáncer.

También se establece mayor vigilancia y control por parte de las autoridades competentes del orden nacional y

territorial, para garantizar el cumplimiento de las acciones para la atención integral del cáncer, especialmente en los niños. A éstos también se les garantizará la atención de la enfermedad únicamente en instituciones de salud de alta complejidad que cumplan con los requisitos exigidos por la norma.

4.4. Ley Santos: La comisión segunda del Senado aprobó en primer debate el proyecto de ley 'Santos' que busca prevenir y tomar medidas serias frente al cáncer de próstata. La corporación avanzó en la aprobación de la iniciativa que surgió luego de conocerse que el presidente Juan Manuel Santos padeció esta enfermedad. El 1 de octubre de 2012, en una alocución desde la Casa de Nariño, el Jefe de Estado confirmó que sería operado de un cáncer de próstata que le fue "detectado a tiempo".

La idea del proyecto es declarar el 19 de Noviembre como el Día Nacional contra el cáncer de próstata, buscando así que el Estado promueva mayor información y educación sobre esta enfermedad, para prevenirla y tratarla a tiempo. Se quiere adelantar una masiva campaña de educación en salud frente a médicos y la ciudadanía en general, para prevenir las consecuencias de cerca de 100 mil casos de cáncer de próstata, de los cuales 3 mil terminan en la muerte de los pacientes.

4.5. Efecto Jolie: La noticia dio la vuelta al mundo. Angelina Jolie, un icono de la belleza femenina, se hizo una mastectomía doble para reducir al mínimo el riesgo de desarrollar cáncer de mama hereditario. Su anuncio no quedó allí. También hizo un llamado "a cada mujer" a pensar sobre sus propios riesgos de contraer esta enfermedad.

Cuando se habla de cáncer de mama se piensa en quimioterapia, radioterapia y en medidas radicales como la mastectomía, esto en el caso de que se tenga cáncer, pero existe también la mastectomía profiláctica que es un procedimiento que está indicado en pacientes con alto riesgo de padecer de cáncer de mama.

Luis Guzmán, cirujano de seno del Instituto Nacional de Cancerología, explicó que «Los pacientes con antecedentes familiares en un primer o segundo grado de cáncer de mama y ovario, o un antecedente de mujer muy

joven menor de 40 años, al igual en pacientes en los que en la familia se conozca que sean portadores de esa mutación genética, la más frecuente mutación en el gen BRCA1 y BRCA2».

Al tener este gen, ser positivo existe un alto riesgo de desarrollar cáncer de seno entre el 60 y 80% y de desarrollar cáncer de ovario entre un 40 y 50%, por eso la mastectomía profiláctica es una opción en la que con diferentes técnicas dependiendo de la paciente se reconstruye la mama. Finalmente Guzmán afirmó que «Nosotros en nuestro medio siempre que hacemos una mastectomía profiláctica siempre va de la mano de una reconstrucción mamaria la cual se hace con los plásticos onólogos».

4.6. Reforma a la Salud: durante el transcurso del mes surgieron muchas apreciaciones sobre la reforma uno de ellas fue la de José Félix Patiño, exministro de Salud y miembro de la Academia Médica, quien expresó que habían muchas incongruencias entre el proyecto que define la salud como un derecho fundamental y el proyecto que define cómo será el funcionamiento del sistema de salud y envió un mensaje al presidente Juan Manuel Santos, para que retirara el proyecto de reforma al sistema de salud.

El Ministro de Salud, Alejandro Gaviria, expresó el 14 de mayo su preocupación por el proyecto de Ley Estatutaria de Reforma a la Salud, sobre el cual indicó que debería empezar ya el debate en las comisiones conjuntas del Congreso, o de lo contrario la iniciativa podría llegar a hundirse de no ser votada la próxima semana.

Desde el Congreso descartaron que haya trabas para la aprobación de la iniciativa, pero reconocen que si hay molestia por la improvisación del Gobierno en el tema. La presidenta de la comisión primera del senado Karime Mota explicó que los tiempos alcanzan si se cumple a cabalidad con los cronogramas, "después de la audiencia pública radicamos las ponencias, se discute en comisiones primeras conjuntas y luego de una semana el proyecto pasa a plenaria, de tiempo estamos apenas".

El Gobierno, a través del ministro de Salud, Alejandro

Gaviria, instó el día 15 de mayo al Congreso de la República a acelerar la aprobación de la ley estatutaria y ordinaria de la salud, tras advertir que el no hacerlo se perdería el esfuerzo de mejorar el actual sistema. “Estamos preocupados con la ley estatutaria si no las comienzan a votar en las comisiones Primera de Senado y Cámara la semana entrante”, señaló el funcionario.

Gaviria hizo el llamado luego de terminar una audiencia pública en el Senado de la República donde se le formularon nuevas críticas al proyecto. Al Congreso le queda exactamente un mes para debatir las iniciativas.

De igual manera Gaviria, aseguró que el derecho a la tutela para acceder a servicios de salud no será menoscabado. Este pronunciamiento lo hizo durante la primera audiencia que tuvo el proyecto de ley estatutaria que busca que la salud sea un derecho fundamental. Además, Gaviria defendió la necesidad de tramitar paralelamente dos leyes que regulen el acceso a la salud.

Según explicó Gaviria, mientras la ley estatutaria busca elevar la salud a un derecho fundamental, la ley ordinaria regulará el modelo y los elementos esenciales que definirán cómo debe garantizarse dicho derecho.

El 20 de mayo el presidente de la Comisión Primera de la Cámara de Representantes, Gustavo Hernán Puentes aseguró que esperaba era que el martes 21 se pueda radicar la ponencia definitiva, con el fin de que se pueda convocar sesiones conjuntas de Senado y Cámara para que se tramite el proyecto de ley estatutaria que deberá estar lista antes del 20 de junio.

El ministro de Salud, Alejandro Gaviria Uribe, calificó este jueves 23 de mayo que la ponencia de Ley Estatutaria radicada el miércoles 22 de mayo en la Comisión Primera de la Cámara de Representantes para reformar el sistema de salud, como una propuesta práctica y realizable que introduce cambios estructurales en el sector.

De acuerdo con el Ministro, en sus 21 puntos la ponencia orienta la interpretación y alcance del derecho fundamental

a la salud, a través de un aseguramiento social; establece que el Estado es el responsable de respetar, proteger y garantizar el goce efectivo de este derecho, y protege el acceso integral a los beneficios individuales y colectivos (dándole a la gente lo que necesita y prohibiendo las autorizaciones), entre otros aspectos claves.

Con respecto a la otra ponencia de Ley Estatutaria, Comisión Primera del Senado, el Ministro explicó que no se logró llegar a un acuerdo para presentar una propuesta conjunta entre las comisiones primeras de Senado y Cámara.

Finalmente un informe positivo respaldado por siete de los ocho ponentes, fue radicado este miércoles 29 de mayo ante la Comisión Séptima del Senado de la República, el cual corresponde al proyecto de ley ordinaria con el que se pretende reformar al sector salud, y cuyo texto comenzará a ser discutido el próximo martes. Según el presidente de la Comisión, Jorge Ballesteros, “ya están establecidos los correctivos que le apuestan a una reforma estructural del sector salud. Hacemos un reconocimiento al Ministerio, del que recibimos toda la apertura suficiente para que fuera discutida en las diferentes audiencias”.

De acuerdo con el ministro Gaviria, lo más destacable de estas propuestas es la creación de tres capítulos más, uno de ellos de especial énfasis en la atención primaria en salud y salud pública; otro que tiene que ver sobre recurso y talento humano, el cual busca que la oferta entre especialidades médicas aumente de manera sustancial en el país; y por último un capítulo que plantea un nuevo régimen laboral entre los trabajadores de las Empresas Sociales del Estado, ESE, que formalice alrededor de 250.000 empleos.

Asimismo, se eliminaron otros capítulos como los que tenían que ver con los seguros voluntarios y los planes complementarios, y se dejó en claro la salud como un derecho fundamental, más no prestacional y la intermediación financiera que supuestamente ejercían las Entidades Promotoras de Salud o en su defecto, las nuevas gestoras.

Una de las modificaciones más importantes y que fue

tema de discusión en los diferentes debates y audiencias públicas que se llevaron a cabo durante todo mayo, es la eliminación de la integración vertical, que permitía a las EPS, como entidades gestoras de salud, manejar dineros públicos a través de la creación de centros de salud.

"El proyecto original 210 permitía la integración vertical hasta el nivel básico, ambulatorio, esta ponencia la elimina dando un plazo prudencial de tres años. Esto nos permite decir que en el nuevo modelo vamos a tener una definición clara de los roles, los gestores serán gestores y los prestadores, prestadores. Este significa el cambio más sustancial del proyecto", dijo el jefe de cartera de salud.

De acuerdo con Gaviria, en esta ponencia se introdujeron nuevas instancias de participación, en las que Salud Mía, como máximo administrador, manejará una junta directiva en la que tendrán voz los alcaldes y gobernadores del país.

"La participación en un comienzo estaba restringida a algunos ministerios, pero la salud maneja recursos descentralizados, de ahí la importancia de la participación de las entidades territoriales", aseguró el Minsalud.

Contraparte

El senador del Polo Democrático Mauricio Ospina, no respaldó el informe mayoritario, pues dice que la reforma no se está haciendo de manera "transparente".

Según expresó el congresista, el documento radicado nunca le fue mostrado y se le siguió dando trámite sin su respaldo. "No dudo de las intenciones de ustedes (comisión), pero sí creo que estos procesos le quitan transparencia. No es adecuada la forma de hacer el trámite, más aún cuando dije que iba a presentar mi ponencia", dijo Ospina, quien se retiró del recinto una vez finalizada su intervención.

El Minsalud aseguró que garantizando un trabajo de plena transparencia, en la página oficial del ministerio se encuentra disponible la ponencia para que sea de estudio público. "En este momento la ponencia está disponible, allí encontrarán un seguimiento exhaustivo de las audiencias públicas, qué se hizo, lo que se discutió y cómo fuimos permeables a ese proceso. Esto no es construido a puerta

cerrada con el Ministerio, esto es un proceso participativo", dijo Gaviria.

El primer debate en la Comisión Séptima del Senado para discutir estas modificaciones al proyecto 210 de ley ordinaria, que se espera esté listo para el 20 de junio. En cuanto al proyecto de ley estatutaria su trámite es mucho más extenso.

4.7. Vacunación VPH: La renuencia de algunos padres de familia de no dejar que sus hijas se vacunen contra el virus del papiloma humano (VPH) es uno de los inconvenientes que se ha presentado en una de las jornadas que busca proteger a las menores del cáncer de cuello uterino.

Así lo exteriorizó Vilma Mercado, coordinadora del Plan Ampliado de Inmunización a nivel departamental, que anotó que la jornada se inició el 15 de abril y la meta era adelantar al máximo hasta el 15 de mayo la primera dosis. El biológico que se le aplica a niñas de 9 años en adelante que cursen entre cuarto grado y undécimo. El mayor inconveniente ocurre en los colegios privados.

Entre las razones de algunos padres de no permitir vacunar a las menores, según Mercado, está el desconocimiento de la seguridad de la vacuna. "Unos no dan la razón, las niñas no llevan la autorización y otros prefieren que se las suministren en el nivel privado", sostuvo.

Aclaró que la estrategia de vacunación no contempla la autorización de los padres de familia teniendo en cuenta que es una actividad masiva de salud pública en el país y lo que se hace es simplemente informarles. En los casos donde se presenten situaciones extremas de salud que contraindiquen la vacuna se levanta un acta firmada por el padre de familia en donde se detallan las razones por las cuales no se permitirá la vacuna.

Pese a esto continuaron las campañas de vacunación en varias partes del país como: Girón, Santander, Pereira, Neiva, Quindío y Sucre.

5. Temáticas frente a intenciones comunicativas

A través del cuadro se puede apreciar como fue el manejo de la intención comunicativa en cada temática.

Tabla 7. Temas registrados frente a la intención comunicativa durante Mayo de 2013

Tema	Intención Comunicativa	Total
Cuidado Paliativo	Informativa	2
Total Cuidado Paliativo		2
Detección temprana del cáncer	Generación de conciencia	3
	Informativa	123
Total Detección temprana del cáncer		126
Diagnóstico del cáncer	Denuncia	2
	Generación de conciencia	7
	Generación de opinión	3
	Informativa	57
Total Diagnóstico del cáncer		69
Gestión de conocimiento	Generación de opinión	1
	Informativa	77
Total Gestión de conocimiento		78
Gestión de talento humano	Generación de opinión	11
	Informativa	149
Total Gestión de talento humano		160
Prevención del cáncer (Control del riesgo)	Denuncia	2
	Generación de conciencia	65
	Generación de opinión	6
	Informativa	560
	Pronunciamiento	3
Total Prevención del cáncer (Control del riesgo)		636

Continúa

Tema	Intención Comunicativa	Total
Rehabilitación	Generación de conciencia	6
	Informativa	20
Total Rehabilitación		26
tratamiento del cáncer	Denuncia	52
	Generación de conciencia	3
	Generación de opinión	4
	Informativa	97
	Pronunciamiento	3
Total tratamiento del cáncer		159
Total general		1256

6. Tendencia de registros.

Realizando un seguimiento a las noticias registradas durante este periodo se pueden ver dos puntos altos de información el martes 14 de mayo de 2013 con 127 registros, el 15 de mayo de 2013 con 103 registros y el 31 de mayo de 2013 con 93 registros donde la declaración de Angelina Jolie por someterse a una doble mastectomía por riesgo de cáncer de mama fue replicada en varios medios y el día mundial sin tabaco el cual fue una tendencia de información.

Gráfico 2. Tendencia de las noticias emitidas durante el mes de mayo.



7. Bibliografía.

1. **Centro Virtual Cervantes.** Diccionario de términos clave de ELE . [En línea] 2013. [Citado el: 1 de Mayo de 2013.] http://cvc.cervantes.es/ensenanza/biblioteca_ele/diccio_ele/diccionario/intencioncomunicativa.htm.
2. **De Moragas, Miquel.** *Sociología de la comunicación de masas II: estructura, funciones y efectos.* México : Gustavo Gili, 1994. pág. 205. McCOMBS, M. (1985), (v. o. 1975) "La comunicación de masas en las campañas políticas: información, gratificación y persuasión" Teoría de la Agenda Setting. ISBN 968-887-241-5.
3. **Real Academia Española.** Real Academia Española. *Diccionario de la Lengua Española - Prevención.* [En línea] DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA - Vigésima segunda edición, Real Academia Española. [Citado el: 9 de Junio de 2013.] <http://lema.rae.es/drae/srv/search?id=c6kvoqtLUDXX2pMFy5uP>.
4. **Ministerio de Salud y Protección Social - Instituto Nacional de Cancerología.** *Plan Decenal para el Control del Cáncer en Colombia, 1012 - 2021.* Bogotá D.C. : Ministerio de Salud y Protección Social - Instituto Nacional de Cancerología, 2012. págs. 45-58. ISBN 978-958-57632-2-7.
5. **Wiesner Ceballos, Carolina, y otros, y otros.** *EL CÁNCER - Aspectos básicos sobre su prevención, diagnóstico y tratamiento.* Tercera Edición, 2007. Bogotá : Ministerio de Protección Social - Instituto Nacional de Cancerología E.S.E, 2004. págs. 20-28-30. ISBN 96892-1-3.
6. **Organización Mundial de la Salud.** OMS - Cáncer. *OMS - Cáncer - Cribado y detección precoz del cáncer.* [En línea] Organización Mundial de la Salud, 2013. [Citado el: 09 de Junio de 2013.] <http://www.who.int/cancer/detection/es/>.
7. **Rodriguez, Ana.** About.com - Cáncer. *About.com - Diagnóstico del cáncer.* [En línea] About.com, 2013. [Citado el: 9 de Junio de 2013.] <http://elcancer.about.com/od/DiagnosticcodeCancer/a/Diagnostico-Del-Cancer.htm>.

8. **Organización Mundial de la Salud.** OMS - Cáncer. *OMS - Cáncer- Tratamiento.* [En línea] Organización Mundial de la Salud, 2013. [Citado el: 09 de Junio de 2013.] <http://www.who.int/cancer/treatment/es/>.
9. **American Society of Clinical Oncology (ASCO).** *Cáncer.net - Rehabilitación. Cáncer.net - Rehabilitación.* [En línea] American Society of Clinical Oncology (ASCO), 2005-2012. [Citado el: 09 de Junio de 2013.] <http://www.cancer.net/cancernet-en-espa%C3%B1ol/supervivencia/rehabilitaci%C3%B3n>.
10. **Organización Mundial de la Salud.** OMS - Cáncer. *OMS - Cáncer - Cuidados paliativos.* [En línea] Organización Mundial de la Salud, 2013. [Citado el: 09 de Junio de 2013.] <http://www.who.int/cancer/palliative/es/>.
11. **Ministerio de Salud y Protección social - Instituto Nacional de Cancerología E.S.E.** *Versión Preliminar - Plan Nacional para el Control del Cáncer en Colombia 2012 - 2020.* Bogotá : Ministerio de Salud y Protección social - Instituto Nacional de Cancerología E.S.E, Marzo 2012. págs. 68 - 69.

Información importante

Si desea recibir mensualmente este boletín, por favor envíe un correo a cualquiera de las siguientes direcciones:

lsbermudez@cancer.gov.co o
anino@cancer.gov.co

También puede suscribirse al Boletín mensual de Seguimiento Legislativo y Político enviando un correo a cserranod@cancer.gov.co

Todos los boletines del Grupo Políticas y Movilización Social están disponibles en la página web del Instituto Nacional de Cancerología ESE www.cancer.gov.co