



**FACULTAD LATINOAMERICANA DE
CIENCIAS SOCIALES**

**MAESTRÍA EN DISEÑO Y GESTIÓN DE
POLÍTICAS Y PROGRAMAS SOCIALES**

**“Cáncer y
comunicación social:
aportes a la prevención
y detección temprana a
partir del análisis de la
construcción
mediática”**

**Tesista: Lic. Andrea Raquel Jait
Directora: Dra. Mónica Petracci**

Buenos Aires | 2015



Resumen

Gracias a los avances de la medicina, una cantidad considerable de tumores puede prevenirse en la actualidad, y otros si son diagnosticados en fases tempranas, pueden ser tratados y curados. Sin embargo, la construcción social del cáncer que hace énfasis en su carácter inevitable y su inexorable asociación con la muerte, obstaculiza en muchos casos la prevención y detección temprana de este tipo de enfermedades, que alcanzan una gran magnitud epidemiológica en Argentina, donde ocurren 200.000 nuevos casos de tumores y alrededor de 60.000 fallecimientos cada año, según estimaciones del Instituto Nacional del Cáncer del Ministerio de Salud de la Nación.

El objetivo del presente estudio es analizar la construcción del cáncer en medios gráficos nacionales a fin de formular aportes comunicacionales que contribuyan a mejorar el acceso de la población al conocimiento sobre su prevención y detección temprana.

Alcanzar ese objetivo, no requiere sólo el desarrollo de contenidos científica y culturalmente adecuados, razón por la cual los aportes comunicacionales que se proponen intentan apuntar a una cuestión más amplia: la reflexión sobre la direccionalidad y el contenido de la comunicación del cáncer en las políticas públicas de Argentina.



Índice

Introducción.....	5
La construcción social del cáncer.....	5
La epidemiología del cáncer.....	9
La respuesta pública institucional.....	10
Estrategia metodológica.....	15
Capítulo 1. Nociones generales sobre cáncer.....	19
1.1. ¿Qué es el cáncer?	19
1.2. Factores de riesgo.....	21
1.2.1. Factores genéticos.....	21
1.2.2. Hábitos y estilos de vida.....	22
1.2.3. Factores infecciosos.....	22
1.2.4. Radiaciones.....	23
1.2.5. Factores ambientales.....	24
1.2.6. Carcinógenos ocupacionales.....	24
1.3. Prevención.....	25
1.4. Diagnóstico.....	26
1.5. Tratamiento.....	27
1.6. Cuidados paliativos.....	29
1.7. Epidemiología del cáncer.....	30
1.7.1. Situación del cáncer en el mundo.....	30
1.7.2. Situación del cáncer en Argentina.....	31
1.7.2.1. Incidencia del cáncer en Argentina.....	31
1.7.2.2. Mortalidad por cáncer en Argentina.....	33
1.7.2.3. Prevalencia de factores de riesgo para cáncer.....	36
1.7.2.3.1. Actividad física.....	38
1.7.2.3.2. Alcohol.....	38
1.7.2.3.3. Alimentación.....	39
1.7.2.3.4. Peso corporal.....	39
1.7.2.3.5. Tabaco.....	39
1.7.2.3.6. Medidas preventivas.....	40
Capítulo 2. Marco teórico.....	42
2.1. Comunicación y salud.....	43
2.1.1. La comunicación como dimensión de la salud.....	45
2.1.2. La salud como dimensión de la comunicación.....	62
2.2. Comunicación, salud y medios.....	69
2.2.1. <i>Agenda setting</i>	69
2.2.2. <i>Framing</i>	73
2.2.3. Noticiabilidad.....	74
2.3. Comunicación, salud y políticas públicas.....	79
Capítulo 3. La salud en los medios gráficos.....	85
3.1. ¿Cuánto hablan los medios de salud?.....	85



Capítulo 4. El cáncer en los medios gráficos.....	91
4.1. ¿Cuánto hablan los medios de cáncer?.....	91
4.2. ¿Cómo hablan los medios de cáncer?.....	94
4.2.1. Cáncer.....	94
4.2.2. Tipos de cáncer.....	96
4.2.3. Factores de riesgo.....	100
4.2.3.1. Genéticos.....	100
4.2.3.2. Hábitos y estilos de vida.....	101
4.2.3.3. Factores infecciosos.....	105
4.2.3.4. Factores ambientales.....	106
4.2.3.5. Carcinógenos ocupacionales.....	108
4.2.4. Prevención.....	108
4.2.5. Diagnóstico y tratamiento.....	109
4.2.6. Cuidados Paliativos.....	110
4.2.7. Investigación.....	111
4.2.8. Personalidades públicas.....	111
4.2.9. Historias de vida.....	112
4.2.10. Controversias.....	114
4.2.11. Políticas.....	114
4.3. Algunas notas sobre la construcción mediática.....	115
4.3.1. Estigmatización vs. fragmentación del cáncer.....	117
4.3. Consideraciones finales.....	120
Capítulo 5. Recomendaciones para Políticas Públicas.....	125
Bibliografía.....	130



Introducción

La construcción social del cáncer, su magnitud epidemiológica y la respuesta pública institucional a esta problemática en nuestro país, son los tres puntos de partida elegidos para introducirnos en un objeto de estudio de incipiente abordaje académico desde la comunicación social. A continuación se presentan en sendas secciones, los puntos de partida mencionados.

La construcción social del cáncer

El cáncer es uno de los padecimientos que ha generado mayor aprensión en la sociedad a lo largo de la historia, por las creencias imperantes que lo han referido –y siguen haciéndolo– como sinónimo inexorable de dolor y muerte.

El prolongado desconocimiento por parte del mundo médico de la etiología y comportamiento del cáncer, fue uno de los factores que incidió en su configuración como temible enfermedad.

La identificación del agente causal de una patología permite el diagnóstico certero y el tratamiento adecuado. En una gran cantidad de dolencias esta identificación ha sido posible. El reconocimiento, por ejemplo, de los diversos agentes patógenos de las enfermedades infecciosas (virus, bacterias, hongos, parásitos y otros microorganismos) o de los distintos factores de riesgo de las afecciones crónicas no transmisibles (diabetes, cardiovasculares, etc.), ha posibilitado la prevención, el tratamiento y la cura o rehabilitación, algo que no sucedió por largo tiempo con el cáncer.



Las consecuencias del lento avance de la medicina en la identificación precisa de los factores causantes del cáncer y de los verdaderos mecanismos a través de los cuales la enfermedad se desarrolla, postergó –según Alonso– el armado de ese “rompecabezas.”

La enfermedad se trató de manera bastante primitiva durante décadas, con muy pocos conocimientos acerca de la naturaleza del fenómeno que le daba origen. Es posible que de esa ignorancia arrastrada por tanto tiempo, derive la sensación de perplejidad y desamparo -compartida en ocasiones por el paciente y por el propio médico- ante el diagnóstico de cáncer (Alonso, 2010:21).

Para Sontag (1998) el desconocimiento acerca del carácter de este tipo de problemáticas ha propiciado su metaforización. Según esta autora, cualquier enfermedad importante cuyos orígenes sean oscuros y su tratamiento ineficaz, tiende a hundirse en significados. Se le asignan los horrores más hondos –la corrupción, la putrefacción, la polución, la anomia, la debilidad– y la enfermedad misma se vuelve metáfora.

La principal característica de las metáforas del cáncer –señala Sontag– es su carácter militar: las células cancerosas “invaden” o “colonizan” zonas remotas del cuerpo, el cáncer es la enfermedad “que mata”, se entabla una lucha o cruzada contra el cáncer; el tratamiento apunta a matar las células cancerosas; más aún, la radioterapia bombardea al paciente con rayos tóxicos y la quimioterapia es una guerra química, en la que se utilizan sustancias tóxicas: de hecho, la primera generación de estos fármacos, sustancias de tipo “gas mostaza” –los llamados agentes alquilantes– fue descubierta como resultado de un experimento fortuito de guerra química, a fines de la Segunda Guerra Mundial. Según refiere Sontag (1998), las guerras contra las enfermedades no



consisten simplemente en una llamada a que se preste mayor atención o a que se dedique más dinero a la investigación:

La metáfora militar sirve para describir una enfermedad particularmente temida como se teme al extranjero, al “otro”, al igual que el enemigo en la guerra moderna; y el salto que media entre demonizar la enfermedad y achacar algo al paciente es inevitable, por mucho que se considere a éste como víctima. Las víctimas sugieren inocencia. Y la inocencia, por la inexorable lógica subyacente en todo término que expresa una relación, sugiere culpa. (...) Las metáforas militares contribuyen a estigmatizar ciertas enfermedades y, por ende, a quienes están enfermos (Sontag, 1998: 98).

La construcción social del cáncer se caracteriza en muchas ocasiones por esta metaforización bélica, en la que la enfermedad es un enemigo a vencer a través de una “lucha heroica”, lo que sugiere que las personas que fallecen a causa de un tumor son por definición –por lo menos en un plano figurado–, responsables de haberse “rendido” en una guerra personal y por lo tanto, perdedoras.

Si bien desde esta concepción, las personas con cáncer son “víctimas de la enfermedad” –*la culpable es la enfermedad*–, también éstas resultan serlo, teniendo entonces la doble responsabilidad de haber enfermado y de curarse, de “darle pelea” al cáncer.

Este enfoque “marcial” –utilizado en muchas ocasiones por los medios de comunicación– ha sido cuestionado por profesionales y pacientes, ya que responsabiliza a las personas afectadas del desenlace de su enfermedad, además de convertirse en un obstáculo para que las pautas de prevención y diagnóstico temprano, constituyan un conocimiento genuinamente accesible para la población.

La bélica no es la única metaforización empleada en relación a esta dolencia.



Habitualmente se hace referencia al cáncer como sinónimo de negatividad y destrucción. *“El cáncer de la economía es la inflación”, “el cáncer del mundo es el capitalismo”; “la droga es el cáncer de la sociedad”*, son expresiones que se utilizan cotidianamente en los medios de comunicación y que contribuyen a estigmatizar esta enfermedad. De hecho, en países como España sociedades médicas, organizaciones de pacientes y periodistas han emprendido acciones de abogacía para que los libros de estilo de los medios de comunicación recomienden utilizar la palabra ‘cáncer’ sólo para referirse a la patología y no para otros problemas sociales, además de proponer la eliminación de la cuarta acepción de esta palabra (la proliferación en el seno de un grupo social de situaciones o hechos destructivos’) del Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española.¹

Sin duda, la estigmatización de esta enfermedad tiene efectos en la salud colectiva. Numerosos estudios (Mendoza del Pino, 2006; Ramos, 2012; Giraldo-Mora, 2009) han abordado la negativa influencia que genera la construcción social del cáncer en las actitudes de cuidado: los sujetos con creencias fatalistas sobre este tipo de patologías pueden encontrarse en situaciones de mayor vulnerabilidad, dado que son menos propensos a desarrollar conductas preventivas, además de incurrir en consultas tardías –que atentan contra la posibilidad de tratamiento y cura– y que al provocar el aumento

¹Llamemos a las cosas por su nombre. No es una larga y penosa enfermedad, es cáncer', es el lema con el que oncólogos, pacientes y periodistas pretenden luchar contra la 'estigmatización' de esta enfermedad. La Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), la Federación de Asociaciones de Periodistas de España (FAPE), la Asociación Nacional de Informadores de Salud (ANIS) y las organizaciones de pacientes oncológicos hicieron un llamamiento, en una rueda de prensa, para que la palabra cáncer no sea utilizada como sinónimo de 'negatividad' y 'destrucción'. Campaña para luchar contra la 'estigmatización' del cáncer, La Región, Madrid, España. 3 de febrero de 2011. Recuperado de <http://www.laregion.es/articulo/sociedad/campana-luchar-estigmatizacion-cancer/20110203075124136760.html>



de la mortalidad por cáncer, retroalimentan la visión social de enfermedad inexorablemente ligada a la muerte.

La epidemiología del cáncer

Otra de las dimensiones que impulsan el desarrollo de este estudio es la magnitud epidemiológica del cáncer. Según la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la incidencia de este tipo de patologías fue de 14 millones de casos nuevos en todo el mundo en 2012 y se prevé que alcance los 22 millones anuales en los próximos dos decenios. Asimismo, se le atribuyen 8,2 millones de muertes en el mundo en 2012 y se estima que alcanzarán, los 13 millones en el año 2032 (OMS, 2012).

En Argentina, el Instituto Nacional del Cáncer (2011) estima que anualmente se producen 200.000 nuevos casos de tumores y cada año mueren alrededor de 60.000 personas a causa de diferentes tipos de cáncer, principalmente de pulmón, colon-recto, mama y próstata, constituyendo la principal causa de muerte para los grupos comprendidos entre los 40 y los 64 años.

Pese a la incidencia y mortalidad de este tipo de patologías, Alonso (2010) destaca las alentadoras perspectivas que generan las respuestas sanitarias disponibles en la actualidad:

Con la aplicación de los conceptos preventivos y un acceso adecuado al mejor tratamiento disponible para cada variante del cáncer, el panorama actual es muy diferente del que la mayoría de la gente supone. Los especialistas afirman que el cáncer puede ser curable en un 50% de los casos y tratable hasta convertirse en una enfermedad crónica en casi la mitad de los restantes. Tal vez la clave radique, justamente, en esta nueva visión del cáncer como una enfermedad crónica, a veces curable, otras tantas incurable pero tratable (Alonso, 2010:20).



La respuesta pública institucional

En relación a este aspecto cabe destacar la creación en el año 2010 del Instituto Nacional de Cáncer (INC), organismo dependiente del Ministerio de Salud de la Nación, cuyo principal objetivo es disminuir la incidencia, morbilidad y mortalidad por cáncer en el país, así como también mejorar la calidad de vida de las personas afectadas a través del acceso universal e igualitario a la atención de la salud.

Las líneas de acción del INC están orientadas a sensibilizar a la población sobre la importancia de la prevención y detección temprana; propiciar la inclusión de programas de prevención y control de cáncer en las diferentes jurisdicciones y fortalecer los recursos necesarios para su implementación; apoyar la formación profesional especializada, la vigilancia epidemiológica y la producción científica y mejorar el acceso de la población a los servicios.

La prevención y la detección temprana de los tumores ocupa un lugar destacado entre las citadas líneas de acción, y se implementa tanto a través de los componentes comunicacionales de los distintos programas como del Área de Comunicación, tendiente a la promoción del conocimiento acerca del cáncer, sus estadios, su abordaje comunicacional y la elaboración de estrategias discursivas específicas según diferentes destinatarios, la historia natural de la enfermedad y la construcción social de los distintos tipos de cánceres (INC, 2012).

Otra institución clave en la comunicación del cáncer es la Coordinación General de Información Pública y Comunicación (CGIPyC) del Ministerio de Salud de la Nación. Dicha área fue creada en 2009 a fin de fortalecer la rectoría comunicacional en las políticas sanitarias nacionales, en el marco de un escenario sanitario complejo tanto por



la diversidad de problemáticas que afectan la salud de la población como por el entramado de niveles de atención, jurisdicciones y actores que forman parte del sistema público de salud.

Algunas de las actividades de la CGIPyC se enfocan en la elaboración de campañas y productos comunicacionales en distintos formatos (audiovisual, gráfico, digital, radial), destinados a abordar la prevención y el cuidado de la salud, así como también en la vinculación y diálogo permanente con los diferentes medios de comunicación masivos para instalar los temas de relevancia para la salud nacional en la agenda pública, otorgar mayor transparencia a la gestión y garantizar el acceso a información pública por parte de la ciudadanía.

En síntesis, la visión del cáncer como una “larga y penosa enfermedad,” ligada inexorablemente con la muerte, su magnitud epidemiológica y el importante lugar otorgado por la política sanitaria nacional a esta problemática, requieren la producción de saberes que contribuyan a mejorar el conocimiento sobre prevención y cuidado. En definitiva, se trata de reducir la brecha existente entre los notables avances científicos de las últimas décadas en materia de prevención, diagnóstico y tratamiento y la visión social –aún imperante– del cáncer como una enfermedad maldita, como una mala palabra. En ese sentido, Alonso (2010) sostiene la relevancia de instalar socialmente al cáncer como una enfermedad crónica. En sus palabras:

Una revolución científica, que ocurrió primero en la mesada de los laboratorios de investigación, está siendo transferida poco a poco hacia cada rincón de los hospitales. Los descubrimientos en biología celular y genética molecular aclararon las causas y los mecanismos fundamentales que derivan en la aparición de un cáncer. Pero lo descubierto es complejo, tan complejo como el camino que nos llevó a develarlo. Si bien el misterio fue en gran medida descifrado, resta



ahora incorporar al saber popular la idea de que el cáncer puede convertirse en una enfermedad crónica más (Alonso, 2010: 21-22).

El desarrollo de estrategias comunicacionales puede aportar significativamente al logro de ese nuevo sentido que plantea Alonso, a través de la difusión de conocimientos, de la modificación o reforzamiento de conductas y de la generación de entornos y oportunidades para el fortalecimiento de la capacidad de cuidado de individuos y comunidades. En ese marco, las intervenciones específicamente orientadas a medios de comunicación masivos, son estratégicas no sólo por la capacidad de llegada de éstos a grandes audiencias, sino también por la centralidad que asumen en la modelación de valores, creencias y opiniones en la trama social. Como se señaló anteriormente, los avances de la medicina posibilitan en la actualidad tanto la prevención de diversos tumores como su tratamiento cuando el diagnóstico es temprano. Sin embargo, dichos avances pueden ser invisibilizados por discursos mediáticos que hacen énfasis en el carácter inevitable del cáncer y su inexorable asociación con la muerte.

Precisamente, este estudio tiene como objetivo analizar la construcción del cáncer en medios gráficos nacionales para identificar cómo dicha cobertura facilita u obstaculiza en la población, el conocimiento sobre prevención y detección temprana de los tumores de mayor incidencia y mortalidad. Indagar el modo en que los medios gráficos se ocupan de esta problemática implica conocer la relevancia que adquiere su cobertura respecto del conjunto de temas de salud en general; las razones por las cuales los tumores son incluidos en sus agendas; los valores noticiosos implicados; los tipos de tumores cubiertos en mayor y menor medida y la relación existente con los de mayor incidencia y mortalidad en la población argentina. Asimismo, implica examinar la calidad de la



información publicada en términos de las fuentes de información utilizadas, el nivel de evidencia de los hallazgos científicos difundidos, la claridad del contenido y por último, el nivel en que el enfoque de los materiales evita la estigmatización y promueve la prevención y la detección temprana.

En cuanto a la organización formal del trabajo, a continuación se presenta la estrategia metodológica utilizada.

Luego, en el primer capítulo, se describen aspectos esenciales del cáncer: factores de riesgo, pautas de prevención, diagnóstico, tratamiento y cuidados paliativos, además del panorama epidemiológico, basado en la incidencia y en la mortalidad que ocasiona este conjunto de problemáticas, tanto a nivel mundial como en Argentina.

En el segundo capítulo se presentan los ejes teóricos y conceptuales a partir de los cuales se aborda el objeto de esta investigación: el recorrido sobre comunicación y salud sitúa el campo en el que se inscribe el estudio a fin de problematizar la perspectiva desde la cual proyectar aportes comunicacionales. Por otra parte, *agenda setting*, *framing* y noticiabilidad se presentan como ejes interpretativos de la cobertura mediática. Por último, se refieren los aportes de la comunicación a las políticas públicas, para concluir en el abordaje de la configuración del sistema de salud en Argentina: el complejo escenario a considerar para la formulación de aportes comunicacionales.

El tercer capítulo presenta aspectos esenciales en relación al tratamiento de los periódicos sobre temas de salud en general, a fin de introducir el análisis de la construcción mediática del cáncer, en el que se ahonda específicamente en el cuarto capítulo.



En el quinto capítulo se articulan los hallazgos expuestos y se proponen aportes comunicacionales en relación al diseño e implementación de políticas públicas sobre el cáncer en Argentina.

Para finalizar, cabe aclarar que esta investigación obtuvo a través de concurso público, una beca Carrillo Oñativia del Ministerio de Salud de la Nación. También en ese caso, la dirección del proyecto estuvo a cargo de la Dra. Mónica Petracci, a quien agradezco profundamente su orientación y apoyo lúcido y generoso para llevar adelante el estudio.



Estrategia metodológica

Esta investigación de tipo descriptivo - exploratorio, se basa en el estudio de materiales periodísticos de medios gráficos mediante el Análisis de Contenido, que Bardin define como: “el conjunto de técnicas de análisis de las comunicaciones tendientes a obtener indicadores -cuantitativos o no- por procedimientos sistemáticos y objetivos de descripción del contenido de los mensajes, permitiendo la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción/recepción de estos mensajes” (1979:42).

Si bien el Análisis de Contenido se desarrolló desde comienzos del siglo XX como una técnica de investigación orientada a la descripción objetiva, sistemática y cuantitativa del contenido manifiesto de la comunicación, actualmente se considera un procedimiento que posibilita conjugar el formalismo estadístico y el análisis cualitativo de los materiales para superar la controversia cuantitativo/cualitativo y dejar atrás, como afirma Bauer (2000), la improductiva discusión sobre virtudes y métodos.

Souza Minayo (2013) afirma que el Análisis de Contenido parte de una lectura del primer plano de las hablas, relatos y documentos para alcanzar un nivel más profundo, superando los sentidos manifiestos del material. Según su descripción:

(...) todos los procedimientos llevan a relacionar estructuras semánticas (significantes) con estructuras sociológicas (significados) de los enunciados y a articular la superficie de los enunciados de los textos con los factores que determinan sus características: variables psicosociales, contexto cultural y proceso de producción de mensajes. Ese conjunto de movimientos analíticos apunta a dar consistencia interna a las operaciones (Souza Minayo, 2013: 253).

Asimismo, de las diversas modalidades de Análisis de Contenido que se implementan en investigación,² el presente estudio utiliza el Análisis Temático, que consiste en

² Gomes enuncia las siguientes modalidades de análisis de contenido: a) análisis de valoraciones o análisis representacional; b) análisis de expresión; c) análisis de enunciación y d) análisis temático. Ver Gomes,



descubrir los ‘núcleos de sentido’ que componen la comunicación, cuya presencia o frecuencia de aparición, puede significar algo para el objetivo analítico elegido (Bardin,1979).

Por otra parte, la decisión de enfocar el presente estudio en medios gráficos se basó en la relevancia que éstos tienen tanto en la configuración de la agenda pública, la agenda política y también en la del resto de los medios de comunicación.³

El corpus está formado por materiales periodísticos de salud publicados por los diarios nacionales de edición diaria: *Ámbito Financiero, Bae, Clarín, Crónica, Diario Popular, El Cronista Comercial, La Nación, La Prensa, Página 12 y Tiempo Argentino*, entre el 2/1/2012 y el 31/12/2012.

Los criterios que guiaron la selección de medios gráficos, apuntaron a incluir a todos los de circulación nacional y edición diaria de Argentina, para garantizar la homogeneidad de la muestra y al mismo tiempo, diversidad de líneas editoriales y públicos destinatarios.⁴

La extensión del periodo temporal (2/1/2012- 31/12/2012) buscó asegurar un ciclo lo suficientemente prolongado a fin de que las inferencias respecto del tratamiento del cáncer cuenten con fundamentos sólidos.

R., Análisis e interpretación de datos de investigación cualitativa en Souza Minayo, M., Ferreira Deslandes, S. y Gomes, R. (2004). *Investigación social: teoría, método y creatividad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

³ Ver Wolf, M. (1996). *La investigación de la comunicación de masas. Críticas y perspectivas*. Buenos Aires: Paidós.

⁴ La magnitud de las tiradas de los diarios no fue considerada como criterio de selección de éstos, dado que no están disponibles los datos del total de los periódicos de circulación nacional, ya que el Instituto Verificador de la Circulación (IVC), sólo audita la circulación y distribución de sus medios impresos asociados. La información del IVC indica que en 2012 Clarín fue el medio de mayores ventas con 270.444 ejemplares diarios, le siguió La Nación, con 165.166 unidades y en tercer lugar, se ubicó Diario Popular con 88.324 ejemplares. Ver Revista del IVC N° 8. Diciembre de 2012. En: www.ivc.org.ar/files/revistaivc8.pdf



A los efectos de facilitar la recolección de información, los artículos periodísticos fueron tomados de las síntesis informativas elaboradas a diario por la Coordinación General de Información Pública y Comunicación del Ministerio de Salud de la Nación. Se optó por construir el corpus en base a estas síntesis –en lugar de hacerlo mediante la búsqueda de los diarios en Internet dado que son suficientemente exhaustivas en cuanto a diversidad de medios y cantidad de notas.

Las unidades de análisis fueron cada una de las notas sobre salud publicadas por los periódicos mencionados, durante el periodo referido. El criterio de inclusión de los materiales fue la referencia directa o explícita a algún aspecto de la salud y la política sanitaria. Posteriormente estos materiales –en base a su contenido– se clasificaron en diversos perfiles a fin de determinar qué temas de salud son los de mayor abordaje mediático y en ese marco qué posición ocupa la temática específica del cáncer.

Cabe aclarar que el contenido de las notas referidas a temas de salud en general no fue analizado, dado que éstas fueron incluidas sólo para darle un trasfondo a los materiales sobre cáncer: el objeto de este estudio. En una segunda instancia se seleccionaron los artículos específicos sobre esta problemática para proceder a su estudio.

En cuanto a la organización del material relevado sobre cáncer, se construyeron carpetas mensuales para cada medio. Luego la totalidad de los materiales se clasificó a partir de los siguientes perfiles temáticos: cáncer; tipos de cáncer; factores de riesgo; prevención; diagnóstico y tratamiento; cuidados paliativos, investigaciones; personalidades públicas; historias de vida; controversias y políticas. Esos perfiles temáticos se eligieron tanto en función de considerar aspectos generales sobre el



cáncer, como del relevamiento de otros estudios que desde el Análisis de Contenido, abordaron su construcción mediática.⁵

Luego de la lectura minuciosa de la información producida, se elaboró una síntesis interpretativa de cada uno de los perfiles temáticos –nuestros núcleos de sentido– orientada a construir temáticas más amplias o ejes en torno de los cuales analizar la construcción mediática, cuyos hallazgos dieron lugar –en la etapa final– a un conjunto de aportes comunicacionales para políticas públicas, destinadas a decisores.

⁵ Los estudios relevados fueron los siguientes: Cáncer: Informe Quiral (2011) editado por el Observatorio de la Comunicación Científica (OCC) y la Fundación Vila Casas. Recuperado de <http://www.fundaciovilacasas.com/es/salud-iinforme-quiral/>; A. García, M. Peris, V. de Semir, J.M. Borràs, G. Revuelta, E. Méndez, C. Ribas (1999). Las noticias sobre el cáncer en los medios de comunicación escrita. *Gaceta Sanitaria*, Volumen 14, 139-145; Jurberg, C.; Gouveia, M. y Belisario, C. (2006). Na mira do câncer: o papel da mídia brasileira. *Revista Brasileira de Cancerologia*; 52(2): 139-146 y Castro, R. (2009). Câncer na mídia: uma questão de saúde pública. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 55(1), 41-48.



Capítulo 1. Nociones generales sobre cáncer

1.1. ¿Qué es el cáncer?

Cáncer es un término genérico que designa a un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo y cuya característica común es la rápida multiplicación de células anormales, que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, evento denominado metástasis.

Para Sontag (1998) la definición literal más antigua del cáncer es la de una excrecencia, bulto o protuberancia; y el nombre de la enfermedad –del griego *karkinos* y el latín *cancer*, que significan cangrejo– fue inspirado según Galeno, por el parecido entre las venas hinchadas de un tumor externo y las patas de un cangrejo; y no, como muchos creen porque una enfermedad metastásica se arrastre o se desplace como un cangrejo.

El cáncer comienza en una célula. Normalmente, las células crecen y se dividen para producir nuevas que son indispensables para mantener sano el organismo. Algunas veces, este proceso ordenado se descontrola. Nuevas células se siguen formando cuando el cuerpo no las necesita y otras viejas no mueren cuando deberían morir, formando una masa de tejido que se denomina tumor. Los tumores pueden ser benignos o malignos y sólo estos últimos son cancerosos: sus células se dividen sin control y sin orden, pueden invadir y destruir el tejido a su alrededor y entrar al torrente sanguíneo o al sistema linfático, lo que no sucede con los tumores benignos, cuyas células no se diseminan a otras partes del cuerpo, generalmente se pueden extirpar y en la mayoría de los casos, no reaparecen.



Actualmente se sabe que el cáncer es causado por el crecimiento sin control de una sola célula, que es desencadenado por mutaciones, cambios en el ADN que afectan específicamente a los genes encargados de estimular un crecimiento celular ilimitado. En una célula normal, poderosos circuitos genéticos regulan la división y la muerte celulares. En una célula cancerosa estos circuitos se destruyen, por lo que ésta no puede dejar de crecer. Según refiere el oncólogo Mukherjee (2012):

El hecho de que este mecanismo aparentemente simple -un crecimiento celular sin barreras- sea el corazón de una grotesca y multifacética enfermedad es un testimonio del insondable poder de dicho crecimiento. La división celular nos permite como organismo crecer, adaptarnos, recuperarnos: vivir Y cuando se distorsiona permite a las células cancerosas crecer, prosperar, adaptarse, recuperarse, repararse: vivir a costa de nuestra vida: las células cancerosas pueden crecer más rápido y adaptarse mejor. Son una versión más perfecta de nosotros mismos (p. 25).

La transformación de una célula normal en tumoral es un proceso, resultado de la interacción entre factores genéticos y diferentes tipos de agentes carcinógenos: físicos (radiaciones ultravioletas e ionizantes); químicos (asbestos, componentes del humo de tabaco, aflatoxinas, arsénico) y biológicos (infecciones causadas por determinados virus, bacterias o parásitos).

Además, el envejecimiento constituye un factor fundamental en la ocurrencia del cáncer, ya que su incidencia se incrementa notablemente con la edad, por la acumulación de factores de riesgo de determinados tipos de cáncer, en conjunción con la tendencia de ciertos mecanismos de reparación celular a perder eficacia.

Se suele considerar al cáncer una enfermedad moderna. Y en cierto modo ésta es una caracterización correcta. En la mayoría de las sociedades antiguas la gente no vivía lo suficiente para tener cáncer. Mukherjee (2012) señala que esta enfermedad



permanecía sumergida bajo un mar de numerosas dolencias como la tuberculosis, el cólera, la viruela, la lepra, la peste, la neumonía y otras tantas. La “aparición” del cáncer en el mundo sólo se hizo visible a partir de la eliminación o al menos del control de muchas otras enfermedades letales. Según este autor:

Los médicos del siglo XIX solían vincular el cáncer a la civilización: esa enfermedad suponían, era causada por la prisa y el vértigo de la vida moderna que de algún modo incitaba el crecimiento patológico en el cuerpo. El vínculo era correcto, pero la causalidad no: la civilización no causó el cáncer sino que, al extender la duración de la vida humana, lo sacó a la luz (Mukherjee, 2012:71).

1.2. Factores de riesgo

El cáncer tiene un carácter complejo y multifactorial. Los agentes con potencial de desencadenar tumores que se han identificado son: factores genéticos, hábitos y estilos de vida, factores infecciosos, radiaciones, factores ambientales y carcinógenos ocupacionales.

1.2.1. Factores genéticos

El cáncer es una enfermedad genética ya que se desarrolla debido a alteraciones múltiples en el genoma, que se acumulan en una determinada población de células. Dichas alteraciones no necesariamente son consecuencia de la herencia de generación en generación, por eso el cáncer puede definirse como una enfermedad de raíz genética que se adquiere en la vida adulta.

Sólo en algunas personas, los antecedentes familiares favorecen la aparición de oncogenes que pueden desencadenar en un tumor, lo que significa que pueden tener mayor predisposición genética, pero no necesariamente que van a desarrollar la



enfermedad. Este carácter hereditario sólo es preponderante en un pequeño porcentaje que oscila de un 5 a un 10% del total de casos.

1.2.2. Hábitos y estilos de vida

Según afirma Alonso (2010), el consumo de alcohol, de dietas ricas en grasas, la inactividad física y el tabaquismo provocan en conjunto entre el 70 y el 85% del total de casos de cáncer.

El consumo de alcohol es factor de riesgo para muchos tipos de cáncer, como los de boca, faringe, laringe, esófago, hígado, colorrectal y mama.

Por otra parte, diferentes estudios han demostrado un nexo entre sobrepeso, obesidad, y varios tipos de cáncer (esófago, colorrectal, mama, endometrio y riñón). La actividad física regular y el mantenimiento de un peso corporal saludable, junto a una dieta sana, reducen considerablemente el riesgo de contraer ciertos tumores.

Asimismo, el humo de tabaco provoca diversos tipos de cáncer, como los de pulmón, esófago, laringe, boca, garganta, riñón, vejiga, páncreas, estómago y cuello del útero. Alrededor del 70% de la carga de cáncer de pulmón puede atribuirse al tabaquismo como única causa. Asimismo, se ha demostrado que el humo de tabaco ajeno, también llamado “humo ambiental”, causa cáncer de pulmón en adultos no fumadores. Según la OMS (2014), el tabaquismo es la principal causa evitable de cáncer en el mundo.

1.2.3. Factores infecciosos

En el ser humano, el papel determinante de los virus en el desarrollo del cáncer se restringe al 10% o menos de los casos totales, encabezado en los países



subdesarrollados por el Virus del Papiloma Humano (VPH), que se transmite a través de relaciones sexuales y es el principal factor asociado con la ocurrencia de cáncer de cuello de útero. Existen alrededor de cuarenta tipos de VPH que afectan la zona anogenital (pene, ano, cuello uterino, vulva), de los cuales aproximadamente quince son cancerígenos. En la mayoría de los casos, la infección se cura de manera espontánea, pero si persiste puede producir lesiones que con los años pueden progresar y transformarse en cáncer.

Por otra parte, el Virus de la Hepatitis B (VHB) está asociado con cáncer hepático. A nivel mundial se estima que un 25% de los adultos con infección crónica adquirida en la infancia mueren de cirrosis o cáncer hepático relacionados con el VHB. Este virus se transmite a través del contacto directo con sangre, semen y secreciones vaginales de personas infectadas.

1.2.4. Radiaciones

Existen dos tipos de radiaciones que se consideran factores de riesgo: la radiación ultravioleta de los rayos solares y de otras fuentes industriales y las radiaciones ionizantes, como los rayos X.

Las radiaciones ultravioleta y en particular, las solares, son carcinógenas y provocan diferentes tipos de cáncer de piel.

Los exámenes radiológicos (radiografías, mamografías y tomografías) emplean rayos X, radiaciones ionizantes que tienen la potencialidad de dañar a las células, pueden provocar leucemia y tumores sólidos, riesgos que son mayores, cuanto más jóvenes son las personas expuestas.



Debido a que estos exámenes son instrumentos indispensables de diagnóstico, para garantizar que sus efectos benéficos superen los posibles riesgos, deben prescribirse en los casos oportunos y realizarse correctamente.

1.2.5. Factores ambientales

La contaminación del aire, el agua y el suelo por productos químicos carcinógenos incide en la ocurrencia del cáncer. La exposición a esas sustancias puede producirse a través del consumo de agua, alimentos que contienen determinadas sustancias químicas (aflatoxinas o dioxinas) y también por la exposición a humo de tabaco ambiental.

1.2.6. Carcinógenos ocupacionales

Más de cuarenta agentes, mezclas y circunstancias de exposición en el ambiente laboral están clasificados como carcinógenos ocupacionales. La relación causal entre éstos y el cáncer de pulmón, nasofaríngeo, laringe, vejiga, piel y leucemia está documentada. Los cánceres de origen laboral se concentran en determinados grupos de la población activa, para los que el riesgo de desarrollar una forma particular de cáncer puede ser mucho mayor que para el resto de la población. Aproximadamente entre el 20% y el 30% de los hombres y entre el 5% y el 20% de las mujeres en edad laboral pueden estar expuestos a carcinógenos pulmonares durante su vida laboral, lo que representa alrededor del 10% de los casos de cáncer de pulmón en todo el mundo. Alrededor del 2% de los casos de leucemia a nivel mundial puede atribuirse a la exposición a carcinógenos en el lugar de trabajo (OMS, 2014).



1.3. Prevención

Los avances en el conocimiento del cáncer permiten formular recomendaciones preventivas, basadas en gran medida en pautas dietéticas. La prevención primaria incluye además ciertas vacunas destinadas a evitar la ocurrencia de infecciones, que a largo plazo pueden derivar en tumores y la prevención secundaria, se basa en la realización de controles periódicos de salud para detectar tempranamente algunas formas de cáncer. En síntesis, las principales pautas que se recomiendan son:

- Adopción de dietas saludables basadas en el consumo diario de frutas y verduras, legumbres, cereales integrales y frutos secos, pescados, abundante agua y líquidos y en la reducción del uso de sal y del consumo de grasas de origen animal (fiambres, embutidos, manteca y leche entera), alimentos en conserva, encurtidos y ahumados; ácidos grasos trans (productos de pastelería, *snacks* y golosinas), alimentos fritos y asados. Este tipo de recomendaciones –señala Alonso (2010)- se sustentan en un informe internacional difundido en 1997, que analizó miles de estudios sobre dieta y cáncer, a partir de lo cual concluyó que los cambios alimentarios pueden reducir la incidencia global del cáncer entre un 30 y un 40%.
- Mantenimiento de un índice de masa corporal entre 18,5 y 25 kg/m².
- Realización de actividad física diaria, al menos 30 minutos.
- Prevención y/o abandono del consumo de tabaco y promoción de ambientes 100% libres de humo de tabaco.
- Reducción del consumo excesivo de alcohol.



- Prevención de la exposición al sol entre las 10 y las 16 horas y utilización de protectores solares, medidas a extremar especialmente en niños menores de 3 años y personas de piel blanca, cabello y ojos claros, los grupos más vulnerables.
- Uso de preservativo en todas las relaciones sexuales para reducir el riesgo de infecciones de transmisión sexual: Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), asociado con la probabilidad de desarrollar linfoma y sarcoma de Kaposi; Virus de Hepatitis B, vinculado con cáncer de hígado y Virus del Papiloma Humano (VPH), asociado con cáncer de cuello de útero.
- Vacunación. Aplicación de las vacunas de la Hepatitis B, cuyas 4 dosis se dan a recién nacidos, 2, 4 y 6 meses de vida, a los niños de 11 años que no recibieron las dosis correspondientes y a los adultos en general; y de VPH, destinada a todas las niñas de 11 años, a fin de evitar la infección por los dos tipos del Virus del Papiloma Humano causantes de la mayoría de los tumores de cuello de útero.
- Realización de controles periódicos de salud. Hombres y mujeres de más de 50 años deben efectuar prueba de sangre oculta en materia fecal, para prevenir el cáncer colorrectal y las mujeres, Papanicolaou (PAP) para diagnosticar cáncer de cuello uterino, entre los 35 y 64 años y mamografía bianualmente entre los 50 y 70 años.

1.4. Diagnóstico

La detección temprana busca identificar la enfermedad en las primeras fases para garantizar tratamientos más efectivos, al inicio de los síntomas o si es posible, antes de su desarrollo, cuando el tumor está localizado en el órgano de origen, sin invasión de otros tejidos vecinos.



La detección puede realizarse mediante el reconocimiento de los síntomas y signos tempranos de cáncer (bultos, llagas que no cicatrizan, sangrado anormal, indigestión persistente, ronquera crónica) y también del tamizaje, que consiste en la utilización de pruebas de detección sencillas en una población sana. A modo de ejemplo, el tamizaje de cáncer de mama se implementa mediante mamografía y el de cáncer del cuello del útero con la prueba de Papanicolaou. El tamizaje es especialmente eficaz en tipos de cáncer frecuentes, para los cuales existen pruebas de detecciones costo-eficaces, aceptables y accesibles para la mayoría de la población en riesgo.

1.5. Tratamiento

Durante la segunda mitad del siglo XX se desarrollaron diferentes formas de tratamiento que paulatinamente fueron mejorando la calidad de vida de los enfermos y las expectativas de cura. El cáncer puede tratarse con cirugía, radioterapia, quimioterapia, terapia hormonal o terapia biológica. Dependiendo de la salud general del paciente, su edad y el tipo, ubicación y nivel de extensión del tumor se puede usar un método o una combinación de éstos.

La cirugía es el procedimiento más antiguo para el tratamiento del cáncer, consiste en la extirpación del tumor o del tejido afectado. En la actualidad se acepta que cerca del 90% de las curaciones de cánceres sólidos se obtiene merced a la cirugía, ya sea sola o en combinación con otras formas de tratamiento.

La quimioterapia, basada en la utilización de fármacos para destruir células cancerosas, comenzó a implementarse en 1940. Los avances desde entonces han sido notables, con la introducción de nuevos agentes y protocolos que combinan varias sustancias. La



mayor parte de los agentes químicos empleados son potentes tóxicos, que interfieren con la síntesis o función del ADN y destruyen especialmente las células en crecimiento.

La radioterapia usa rayos de alta energía para destruir las células cancerosas en una región determinada del cuerpo. La radiación puede administrarse en forma externa por medio de una máquina que apunta a la zona del tumor o también internamente mediante agujas, semillas o catéteres que se implantan cerca del tumor y contienen sustancias radioactivas.

La terapia hormonal se usa para tratar ciertos cánceres que dependen de hormonas para su crecimiento. Mediante el uso de fármacos se detiene la producción de determinadas hormonas o se modifica la forma en que funcionan, para impedir que las células cancerosas puedan utilizarlas.

La terapia biológica utiliza directa o indirectamente el sistema inmune del cuerpo para combatir la enfermedad y mitigar los efectos secundarios del tratamiento contra el cáncer.

Las terapias blanco son nuevos fármacos, en general anticuerpos monoclonales y pequeñas moléculas diseñadas en el laboratorio para bloquear puntos críticos en las células tumorales e interferir en procesos importantes para su crecimiento y reproducción.

Las estadísticas respecto de las personas que sobreviven al cáncer son positivas. En las últimas tres décadas, se ha consolidado una clara tendencia al aumento de la supervivencia de los pacientes, virtualmente en todas las variantes del cáncer. Alonso (2010) afirma que en los lugares de buena llegada del sistema de salud a la población,



durante la década de 1990 se superó cómodamente la tasa de curación del 50%, considerando todos los enfermos oncológicos en su conjunto. Estos avances son el resultado de mejores tratamientos y de diagnósticos más tempranos, que al actuar sobre tumores más pequeños aumentan la eficacia de las terapias.

1.6. Cuidados paliativos

Son los cuidados que se brindan a las personas que tienen enfermedades crónicas, avanzadas o progresivas como el cáncer u otras (patologías neurodegenerativas, insuficiencia renal, etc.), tendientes al alivio del dolor y mejora de la calidad de vida.

Los cuidados paliativos suponen la atención integral de las personas a lo largo de todas las fases de la enfermedad oncológica: desde el diagnóstico hasta el tratamiento de los síntomas, comprendiendo también los cuidados del final de la vida. En cada uno de esos diferentes momentos los cuidados paliativos se orientan a aliviar el dolor, mitigar problemas respiratorios, agotamiento, falta de apetito, dificultades para dormir, depresión, así como también a brindar apoyo y acompañamiento para garantizar el mayor bienestar y autonomía en las decisiones acerca de la salud y de la vida.



1.7. Epidemiología del cáncer

1.7.1. Situación del cáncer en el mundo

El cáncer constituye una importante problemática de salud a nivel mundial. Según la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la incidencia de este tipo de patologías en 2012 fue de 14 millones de casos nuevos en todo el mundo y se prevé que alcance los 22 millones anuales en las próximas dos décadas (OMS, 2012).

El cáncer es la principal causa de muerte a escala mundial. Se le atribuyen 8,2 millones de muertes en el mundo en 2012. Más del 70% de esas defunciones se registran en países de ingresos bajos y medianos. Se prevé que el número de defunciones por cáncer siga aumentando en todo el mundo y supere los 13 millones en el año 2032.

En términos de la mortalidad que producen a nivel mundial, los principales tipos de cáncer según la Organización Mundial de la Salud (2014), son los siguientes:

Pulmón (1,59 millones de defunciones); hígado (745.000 defunciones); estómago (723.000 defunciones); colorrectal (694.000 defunciones); mama (521.000 defunciones) y esófago (400.000 defunciones).

Aunque la edad es un factor de riesgo importante para la ocurrencia de este tipo de afecciones, el consumo de tabaco es el más influyente: causa el 22% de las muertes mundiales por cáncer en general y el 71% de los fallecimientos por cáncer de pulmón. Según el Análisis de Situación de Salud (2013), los cánceres causados por infecciones víricas, como Hepatitis B (VHB), C (VHC) y Papiloma Humano (VPH), son responsables de un 20% de las muertes por cáncer en los países de ingresos bajos y medios.



1.7.2. Situación del cáncer en Argentina

De acuerdo al Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), la población argentina asciende a 40 millones de habitantes, constituida por un 48,7% de varones y un 51,3% de mujeres. Mientras que con el correr de las décadas, se nota un paulatino descenso de la población de 0 a 14 años (representando un 25,5% en 2010, inferior al 28,3% de 2001), la de 60 años o más, corresponde al 14,3% del total, lo que convierte a Argentina en el tercer país más envejecido de América Latina, después de Uruguay y Cuba.

Argentina integra el grupo de naciones en transición demográfica avanzada, y se caracteriza por una natalidad y mortalidad moderadas o bajas, lo que se traduce en un crecimiento poblacional bajo, del orden del 1%. Esta configuración determina un aumento de la población de adultos mayores y consecuentemente, ocasiona variaciones en los patrones de morbilidad y mortalidad, generando la prevalencia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT): crónico-degenerativas, cardiovasculares y cáncer.

Las ECNT constituyen en nuestro país la principal causa de muerte y discapacidad. Sólo dos grupos de patologías: las cardiovasculares y el cáncer, son responsables del 50% de todos los decesos y del 27% de los años de vida potencialmente perdidos (Ministerio de Salud de la Nación, 2014).

1.7.2.1. Incidencia del cáncer en Argentina

Nuestro país se encuentra en el rango de naciones con incidencia de cáncer medio-alta (172.3-242.9 x 100.000 habitantes); de acuerdo a las estimaciones de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) para el año 2012.



Estas estimaciones corresponden a más de 100.000 casos nuevos de cáncer en ambos sexos por año, con porcentajes similares tanto en hombres como en mujeres (INC, 2014).

Según la IARC, el cáncer de mayor incidencia en Argentina es el de mama con una tasa de 71 casos por cada 100.000 mujeres, seguido por los cánceres masculinos de próstata (44 x 100.000 hombres) y pulmón (32,5 x 100.000 hombres).

Tabla I: Distribución absoluta y relativa de casos incidentes de cáncer estimados por la IARC para Argentina en 2012 según localizaciones tumorales más frecuentes.

Sitio tumoral	AMBOS SEXOS		HOMBRES		MUJERES	
	Promedio anual de casos	(%)	Promedio anual de casos	(%)	Promedio anual de casos	(%)
Mama	19386	16.8			19386	32.2
Colon-recto	13558	11.8	7237	13.2	6321	10.5
Pulmón	11244	9.8	7690	14.0	3554	5.9
Próstata	11202	9.7	11202	20.4		
Cérvix	4956	4.3			4956	8.2
Riñón	4068	3.5	2650	4.8	1418	2.4
Páncreas	3988	3.5	2650	4.8	2034	3.4
Estómago	3738	3.2	2374	4.3	1364	2.3
Vejiga	3546	3.1	2701	4.9	845	1.4
Linfoma No-Hodgkin	3039	2.6	1615	2.9	1424	2.4
Leucemias	2372	2.1	1369	2.5	1003	1.7
Ovario	2274	2.0			2274	3.8
Esófago	2263	2.0	1493	2.7	770	1.3
Otros	29528	25,6	13972	25,4	14860	24,7
TOTAL*	115162	100.0	54953	100.0	60209	100.0

Fuente: Sistema de Vigilancia y Registro (SIVER) del INC en base a datos de Globocan, Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer (IARC) 2012.



Como muestra la Tabla I, los tumores de mayor incidencia en hombres son: próstata, con 11.202 casos al año, luego pulmón con 7690 casos y colon-recto con 7237 casos, mientras que en mujeres los tumores de mayor incidencia son mama, que presenta 19.386 casos anualmente, le siguen colon-recto, con 6321 casos y pulmón, con 3554 casos.

Asimismo, el cáncer de cuello de útero, totalmente prevenible en la actualidad con las tecnologías disponibles, produce anualmente en nuestro país 3.000 nuevos casos y 1.800 muertes. Este tipo de cáncer es el que refleja con mayor crudeza la desigualdad social en salud, dado que afecta principalmente a mujeres de bajo nivel socio-económico que no acceden a servicios de tamizaje.

Por último, el cáncer infantil tiene una incidencia muy baja. En Argentina, el número total de nuevos casos en menores de 15 años oscila entre 1.200 y 1.300 por año. Los tumores más frecuentes son las leucemias (que generan de 30 a 40% de los casos totales de cáncer infantil), los tumores cerebrales (20%) y los linfomas (13%).

1.7.2.2. Mortalidad por cáncer en Argentina

En Argentina los tumores malignos constituyen la principal causa de muerte entre los 40 y los 64 años y la segunda en los grupos de 5 a 39 años y en los mayores de 64 años.

Como se observa en la Tabla II, en 2012 fallecieron en Argentina 61.866 personas por cáncer. Para ambos sexos, el cáncer de pulmón fue el que produjo más decesos (9230 muertes: el 14,9% de todos los fallecimientos por tumores), seguido por los de colon y recto (6958 muertes: un 11,2% de todos los decesos por cáncer) y mama (5590 muertes, un 9% de todas las muertes por este tipo de problemáticas).



Al desagregar la mortalidad por sexos, se observa que los tumores que más fallecimientos produjeron en los hombres fueron los de pulmón, con 6470 muertes por año (el 19,9% de todos los decesos por tumores), seguido por próstata con 3783 decesos (11,6%) y colon-recto, con 3745 muertes (11,5%). En las mujeres la mayor mortalidad fue provocada por cáncer de mama con 5530 defunciones anuales (el 18,9% de todos los decesos por tumores), luego le siguieron colon-recto con 3207 fallecimientos (11%) y pulmón con 2755 muertes (9,4%).

Tabla II: Distribución absoluta y relativa de los principales sitios tumorales registrados en la mortalidad por cáncer de ambos sexos. Argentina, 2012.

Localización Tumoral	Hombres		Mujeres		Ambos sexos	
	N	%	N	%	N	%
Pulmon	6470	19,9	2755	9,4	9230	14,9
Colon-recto	3745	11,5	3207	11,0	6958	11,2
Mama	60	0,2	5530	18,9	5590	9,0
Pancreas	1848	5,7	2079	7,1	3933	6,4
Mal definidos	2063	6,3	1801		3866	6,2
Próstata	3783	11,6		0,0	3783	6,1
Estómago	1870	5,7	1073	3,7	2947	4,8
SNC	1269	3,9	1169	4,0	2440	3,9
Hígado y vías biliares	1087	3,3	858	2,9	1947	3,1
Útero cuello		0,0	1926	6,6	1926	3,1
Riñón y v. urinarias	1255	3,9	601	2,1	1858	3,0
Esófago	1220	3,7	620	2,1	1841	3,0
Leucemia	903	2,8	796	2,7	1700	2,7
Linfoma no Hodgkin	733	2,2	612	2,1	1345	2,2
Total general	32583	100,0	29244	100,0	61866	100,0

Fuente: Sistema de Vigilancia y Registro (SIVER) del INC en base a registros de mortalidad de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, 2014.



Como muestra la Tabla III, la mortalidad por cáncer en Argentina varía según las regiones geográficas. La región Centro, al ser la más poblada, registró en 2012 el 72% de las defunciones totales por tumores del país. El resto de las regiones mostró porcentajes mucho menores y cercanos entre sí: Noroeste o NOA (7,8%); Cuyo (7,3%); Noreste o NEA (7,2%) y Sur (5,6%). El cáncer de pulmón se observa en primer lugar de importancia en todas las regiones, menos en Cuyo, región en la que la primera posición la ocupa el cáncer de mama. Le siguen en orden de frecuencia el cáncer colorrectal y el de mama; excepto en NOA y Sur donde se observa en tercer lugar al cáncer de próstata y estómago, respectivamente. El cáncer de cérvix (útero/cuello) que no se registra dentro de los diez primeros a nivel país, se encuentra entre las primeras cinco causas de muerte por cáncer más importantes de la región NEA; mientras que en la región Centro, desaparece del ranking seleccionado (INC, 2014).

Tabla III: Mortalidad por cáncer en hombres y mujeres de Argentina 2012. Distribución absoluta y porcentaje acumulado según las principales localizaciones tumorales a nivel país y regiones geográficas.

Argentina	N	% Acumulado	Centro	Cuyo	NEA	NOA	Sur
Pulmon	9230	14,9	Pulmon	Mama	Pulmon	Pulmon	Pulmon
Colon-recto	6958	26,2	Colon-recto	Pulmon	Colon-recto	Mama	Colon-recto
Mama	5590	35,2	Mama	Colon-recto	Mama	Próstata	Estómago
Pancreas	3933	41,6	Mal definidos	Próstata	Útero cuello	Colon-recto	Mama
Mal definidos	3866	47,8	Pancreas	Pancreas	Próstata	Hígado/Vbil.	Mal definidos
Próstata	3783	53,9	Próstata	Estómago	Mal definidos	Estómago	Pancreas
Estómago	2947	58,7	Estómago	SNC	Estómago	Pancreas	Próstata
SNC	2440	67,2	SNC	Mal definidos	Pancreas	Útero cuello	Esófago
Hígado/Vbil.	1947	70,3	Riñon	Útero cuello	SNC	Vesícula	Útero cuello
Útero cuello	1926	73,4	Hígado/Vbil.	Hígado/Vbil.	Esófago	Esófago	Riñon
Riñon	1858	76,4	Leucemia	Riñon	Leucemia	Mal definidos	SNC
Esófago	1841	79,4	Esófago	Esófago	Hígado/Vbil.	SNC	Hígado/Vbil.
Total	61866	100,0	44555 / 72,0	4502 / 7,3%	4428 / 7,2%	4831 / 7,8%	3446 / 5,6%

Fuente: Sistema de Vigilancia y Registro (SIVER) del INC en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), Ministerio de Salud de la Nación. Argentina, 2014.



Por otra parte, si bien Argentina es uno de los países de la Región con tasas más altas de mortalidad por cáncer, el Informe “*Cáncer en las Américas: perfiles de país 2013*” (OPS, 2013) indica que en los últimos años han disminuido las muertes por tumores de mama, próstata, pulmón, cuello uterino y piel, debido a avances en diagnóstico y tratamiento y a una mayor accesibilidad a los servicios de salud.

Según el Sistema de Vigilancia y Registro (SIVER) del Instituto Nacional del Cáncer, el análisis de tendencias en mortalidad por cáncer en los últimos 15 años muestra que la mortalidad descendió un 18% en hombres y un 17% en mujeres. En varones, los descensos más significativos se dieron en los casos de tumores de pulmón, estómago, esófago, laringe, riñón y vesícula, mientras que en mujeres fueron en los casos de mama, cérvix, esófago, estómago, vesícula, tiroides, laringe y linfomas (ASIS, 2013).

Por otra parte, la posibilidad de sobrevivencia de los niños con cáncer -que en los países desarrollados alcanza de un 70 a un 80% de los casos totales-, en Argentina promedia el 65%, porque los niños aún llegan al diagnóstico con tumores avanzados, cuando las posibilidades de cura disminuyen. La falta de equidad en las diferentes provincias y regiones del país en el acceso a niveles adecuados de complejidad diagnóstica y terapéutica es otro de los factores que impide alcanzar niveles más altos de sobrevivencia de los niños.

1.7.2.3. Prevalencia de factores de riesgo para cáncer

El Ministerio de Salud de la Nación realiza la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) para obtener información representativa a nivel nacional y provincial, para la planificación de respuestas sanitarias destinadas al cáncer, diabetes, infartos y



accidentes cardiovasculares, enfermedades que explican más del 60% de los decesos en el país.

La ENFR –efectuada en 2005, 2009 y 2013– forma parte del Sistema de Vigilancia de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT) del Ministerio de Salud de la Nación, cuyos objetivos son: monitorear la evolución de los principales factores de riesgo de las ECNT, evaluar el impacto de las políticas de prevención de nivel nacional, provincial y local y generar insumos para la priorización de acciones y políticas en diferentes ámbitos y niveles de decisión.

Este estudio recoge información sociodemográfica y sanitaria acerca de los siguientes aspectos: edad, sexo, educación, ingreso, situación laboral; cobertura de salud; peso corporal (sobrepeso y obesidad); alimentación (frecuencia de uso de sal, consumo de frutas y verduras); tabaco (consumo de tabaco, exposición al humo de tabaco ajeno); consumo de alcohol (consumo habitual de riesgo, consumo esporádico excesivo); actividad física; diagnóstico de diabetes, presión arterial y colesterol y medidas preventivas (realización de Papanicolaou y mamografía).

A continuación se compara la información obtenida a nivel nacional en las tres ediciones del estudio, correspondiente a factores de riesgo para tumores malignos (actividad física; alcohol; alimentación; peso corporal; tabaco) y medidas preventivas para la detección temprana de cáncer de mama y de cuello uterino.



1.7.2.3.1. Actividad física

En la encuesta 2013 se observó una prevalencia de actividad física baja⁶ del 55,1%, mayor a los porcentajes que se registraron en las encuestas realizadas en 2005 (46,2%) y en 2009 (54,9%). No obstante, mientras que entre la primera y segunda edición de la ENFR el salto porcentual fue de casi 8 puntos, entre la segunda y última edición se situó en 2 puntos, lo que indica que el nivel de actividad física se estabilizó, amesetando la tendencia.

1.7.2.3.2. Alcohol

En 2013, la prevalencia del consumo regular de riesgo⁷ fue de 9,7%, mostrando valores similares al relevado en 2005 (9,6%) y un descenso respecto del 2009 (10,7%), mientras que el consumo episódico excesivo⁸ mostró en 2013 un 10,4%, valor similar al de 2005 (10,1%) y mayor al hallado en 2009 (8,9%).

⁶ En la ENFR se define nivel de actividad física según el cuestionario *International Physical Activity Questionnaire (IPAQ)* (nivel bajo, moderado e intenso). Ver Ministerio de Salud de la Nación, Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (2013). Primeros resultados. Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Ver www.msal.gov.ar/.../index.php?...encuesta-nacional-de-factores-de-riesgo.

⁷ En la ENFR se define el consumo regular de riesgo como la ingesta de más de un trago promedio por día, en mujeres, y más de 2 en hombres. Ver Ministerio de Salud de la Nación, Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (2013). Primeros resultados. Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Ver www.msal.gov.ar/.../index.php?...encuesta-nacional-de-factores-de-riesgo.

⁸ En la ENFR se define el consumo esporádico excesivo como la ingesta de más de 5 tragos en una oportunidad. Ídem anterior. Ver Ministerio de Salud de la Nación, Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (2013). Primeros resultados. Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles. Ver www.msal.gov.ar/.../index.php?...encuesta-nacional-de-factores-de-riesgo.



1.7.2.3.3. Alimentación

La prevalencia de consumo diario de verduras descendió de un 40% en 2005 a un 37,6%, en 2009, mientras que el de frutas aumentó levemente de 36,3% en 2005 a 35,7% en el mismo periodo. Ambos consumos continúan siendo bajos en 2013: en promedio 1 porción de frutas y 0,98 de verduras por día. Apenas el 4,8% de la población consume la cantidad recomendada de 5 porciones o más por día de frutas y verduras. Por otra parte, en 2013 se registró un 17,3% de agregado de sal a las comidas después de la cocción o al sentarse a la mesa, lo que muestra un descenso de 8 puntos porcentuales respecto de los valores hallados en 2005 (23,1%) y de casi 6 respecto de los registrados en 2009 (25,3%).

1.7.2.3.4. Peso corporal

En Argentina, el exceso de peso –que agrupa sobrepeso y obesidad- sigue creciendo. Según la edición 2013 del estudio, 6 de cada 10 personas registraron exceso de peso, de las cuales 2 son obesas. La evolución de la prevalencia de obesidad pasó de 14,6% en 2005 a 18% en 2009; y a 20,8% en 2013; mientras que el sobrepeso manifestó una tendencia similar: se situó en un 34,4% en 2005; luego fue de 35,4% en 2009, hasta llegar a un 37,1% en la última medición.

1.7.2.3.5. Tabaco

El consumo de tabaco desciende de modo sostenido en Argentina: en 2013 la prevalencia fue de 25,1%, menor a las halladas en la ENFR 2005 (29%) y en la ENFR 2009 (27,1%). Un fuerte cambio se advierte respecto de la exposición al humo de tabaco ajeno, dada su reducción que pasó de 52% en 2005 a 40,4% en 2009 y finalmente a 36,3% en 2013.



1.7.2.3.6. Medidas preventivas

En la última encuesta se registró una mayor realización de mamografía y PAP en todo el país. En 2013, el 65,6% de las mujeres mayores de 50 años respondió haber realizado una mamografía en los últimos dos años (casi 7 de cada 10 mujeres), representando un aumento significativo en comparación con los porcentajes hallados en 2009 (54,2%) y en 2005 (46,2%).

La misma cantidad de mujeres de 25 a 65 años (71,6%) reportó la realización de PAP en los últimos dos años, porcentaje mayor en comparación con los correspondientes al 2005 (60,7%) y 2009 (68,3%).

El análisis de la evolución de los resultados de las tres ENFR muestra -en relación al riesgo de tumores malignos-, como indicadores preocupantes, el aumento de la obesidad, el sobrepeso y el sedentarismo, y el bajo consumo de frutas y verduras, mientras que los aspectos positivos están centrados en la sostenida reducción tanto del consumo de tabaco como de la exposición a humo de tabaco ambiental, así como también en la disminución del uso de sal en las comidas. Igualmente positivo es el aumento de los controles preventivos en las mujeres para la detección oportuna de los tumores malignos de mama y de cuello uterino.

En síntesis, el carácter prioritario del cáncer en el perfil epidemiológico de Argentina se expresa a través de su considerable magnitud –dado que forma parte del rango de países de incidencia medio alta-, la gran letalidad del cáncer de pulmón y el aumento de la mortalidad por cáncer colorrectal.



La relevancia sanitaria del cáncer también se manifiesta en su impacto diferencialmente mayor en los sectores sociales más vulnerables, que se muestra en la significativa carga de mortalidad del cáncer de cuello de útero en las mujeres pobres, en la letalidad mayor del cáncer de mama en poblaciones con peores condiciones de vida (pese a ser una enfermedad de mayor prevalencia en poblaciones urbanas y desarrolladas) y en la mayor mortalidad del cáncer de próstata en provincias con mayor porcentaje de población con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) y coberturas de salud exclusivamente del sector público (ASIS, 2011).

El panorama que hemos descripto tenderá a agudizarse en el futuro dado que -según indica el Análisis de la Situación Integral de Salud del INC- dentro de 20 años los adultos mayores representarán más del 20% de la población argentina, con lo cual la transición epidemiológica acompañará a la demográfica en la mayoría de las provincias con un aumento significativo de la esperanza de vida y las enfermedades crónicas no transmisibles, en coexistencia con mosaicos epidemiológicos según el espacio social que se analice. El aumento de los tumores malignos será mayor en los grandes centros urbanos, aunque el impacto de estas enfermedades dependerá de la capacidad de respuesta en el campo de la salud a nivel local, provincial, regional y nacional (ASIS, 2011).



Capítulo 2. Marco teórico

El objeto de estudio se aborda desde distintos ejes teóricos y conceptuales: en primer lugar, comunicación y salud; en segundo término, *agenda setting*, *framing* y noticiabilidad; finalmente, se incluyen cuestiones vinculadas con dimensiones comunicacionales de políticas públicas, y se enfoca en la compleja configuración del sistema público de salud en Argentina.

El abordaje de la comunicación y salud tiene como fin describir el campo en el que se inscribe el presente estudio y principalmente, los diferentes hitos que han aportado –tanto desde la vertiente de la comunicación como desde la de la salud–, a su configuración. En relación a la primera vertiente, se aborda especialmente la Comunicación para el Desarrollo y en relación a la vertiente de la salud, se incluyen los principales movimientos ideológicos y sociales que incidieron en modelos de atención tendientes a la prevención y promoción de la salud, así como también las características de estos enfoques, de especial significación para la comunicación sanitaria.

Los medios son relevantes en el campo de la salud en tanto constituyen el núcleo central de la producción simbólica en las sociedades actuales. Como plantean Petracci y Waisbord (2011) “la información mediatizada desempeña un rol central ya que pone a las personas en contacto con una multiplicidad de mensajes acerca de la salud y la enfermedad, el cuidado, el tratamiento y la prevención” (p.14-15).

La inclusión de la teoría de la *agenda setting* intenta reflejar esa relevancia de los medios masivos, desde un paradigma que sostiene efectos cognoscitivos, acumulativos y a largo plazo sobre la trama social, en lugar de afirmar la total omnipotencia de la comunicación de masas en la configuración de la conducta de los individuos.



Asimismo, la inclusión de la noción de *framing* –que sostiene que las coberturas informativas además de fijar los temas en la agenda intervienen en la construcción de sus significados– constituye un aporte interesante para pensar cómo favorecer encuadres adecuados para el tratamiento mediático del cáncer.

El abordaje de la noticiabilidad busca una aproximación a los criterios vinculados con la selección y construcción de las noticias en el mundo periodístico, a fin de analizar específicamente cómo inciden estos criterios en la manera en que los medios gráficos se ocupan de la problemática del cáncer. Petracci y Waisbord sostienen que los contenidos de los mensajes mediáticos, así como los valores de noticiabilidad no siempre apuntan al cuidado de la salud, más bien lo contrario. La información presentada por los medios responde a intereses, es ambigua y suele provocar desinformación. De todos modos, estos autores señalan que:

Esa multiplicidad mediática de voces puede producir otros resultados a los previstos (o imprevistos) por quienes producen una noticia o pretenden construir una realidad única. En ese trasfondo no está de más recordar que también para quien lo emite, el lenguaje puede llegar a ser malicioso (Petracci y Waisbord, 2011:15).

Por último, dado que el diseño de propuestas comunicacionales debe tener en cuenta el contexto social, cultural y político en que se insertan los procesos de salud-enfermedad-atención, se abordan los aportes de la comunicación a las políticas públicas para concluir en la particular configuración del sistema de salud nacional, dado que la complejidad de este escenario debe ser tomada en cuenta a la hora de formular aportes comunicacionales.

2.1. Comunicación y salud

Díaz (2014) plantea que pese a que la comunicación constituye una dimensión



fundamental en las relaciones interpersonales, grupales y comunitarias, en las cuales se construyen los procesos de salud – enfermedad - atención, su desarrollo como perspectiva de análisis e intervención en programas sanitarios recién ha tenido auge en las últimas décadas.

Ese auge se expresa claramente para Ugarte (2012), en el creciente interés que diversos actores manifiestan por los aspectos comunicacionales relacionados con la salud:

Cada vez es más común que personas de diferentes profesiones sanitarias hablen públicamente de lo mucho que incide la comunicación en su trabajo, incluso una parte de ellas reconoce la necesidad de recibir formación (...) La industria farmacéutica, los medios de comunicación, los políticos, sus asesores, las asociaciones de pacientes, los sindicatos, los colegios profesionales y las sociedades científicas tampoco permanecen ajenos al debate sobre los aspectos comunicativos de la salud y la enfermedad (Ugarte, 2012: 2).

En el prefacio de la obra *Comunicación y salud en Argentina*, Petracci y Waisbord (2011), refieren el gran crecimiento que este campo demostró en los últimos años. La producción de estudios provenientes de las ciencias sociales, humanidades y ciencias médicas; la creciente consideración de la dimensión comunicacional en programas de salud oficiales; las intervenciones de fundaciones, organizaciones no gubernamentales, agencias internacionales y empresas privadas, han producido una considerable magnitud de experiencias comunicacionales en salud pública, que se conjugan además con el interés del periodismo por los temas de salud, evidenciado por la creación de secciones especiales y publicaciones especializadas.

Una de las características distintivas del campo de la comunicación y salud –para estos autores– es su plural repertorio temático.



Una variedad de preguntas cabe formular sobre la interacción verbal y no verbal entre profesionales de la salud y usuarios de servicios, la dinámica de la construcción social de problemas en salud, la cobertura de la salud en los medios de información, la articulación de discursos privados y públicos sobre salud/enfermedad, el funcionamiento de servicios públicos y privados de salud, la participación ciudadana en políticas y la provisión de servicios de salud (Petracci y Waisbord, 2011:13).

A la pluralidad temática se le agrega la de perspectivas, ya que este campo –constituido formalmente durante las décadas de 1960 y 1970 en los EE.UU. y en los países europeos– atrajo el interés de especialistas provenientes de diferentes tradiciones teóricas.

El desarrollo de la comunicación y salud se caracteriza –según Petracci y Waisbord– por la existencia de enfoques que remiten a sus dos componentes. Mientras que desde la mirada específica de la salud, la comunicación es concebida como una serie de herramientas que pueden contribuir al logro de la mejora de la salud colectiva, desde la tradición de investigación en comunicación –plantean estos autores–, los aportes problematizan el campo a través de la formulación de preguntas propias de la disciplina, vinculadas con amplios debates teóricos y líneas de investigación.

A continuación se abordan los respectivos hitos –tanto desde la vertiente de la salud como desde la de la comunicación– que contribuyeron a la construcción del campo.

2.1.1. La comunicación como dimensión de la salud

Desde la salud, el cuestionamiento del modelo de atención biomédico, individual y curativo –por su desvinculación de los complejos perfiles epidemiológicos y las demandas sociales que en materia de salud plantea la población– y la consecuente reivindicación de la prevención y promoción de la salud, han incidido en las últimas décadas en el impulso de la comunicación para el cuidado de la salud colectiva (Jait, 2010).



Como ha señalado Mario Mosquera (2010), las tendencias epidemiológicas actuales, el resurgimiento de enfermedades que se creían controladas, junto al incremento de las enfermedades degenerativas, el VIH/SIDA, la resistencia microbiana a drogas terapéuticas y un creciente énfasis en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, han expandido el papel de la comunicación en salud como un componente vital de la práctica de la salud pública. Según este analista, diversos estudios han demostrado que la comunicación en todos los niveles –masiva, comunitaria e interpersonal– juega un papel importante en la difusión de conocimientos, en la modificación o reforzamiento de conductas, valores y normas sociales y en el estímulo a procesos de cambio social que contribuyen al mejoramiento de la calidad de vida.

El creciente auge de la comunicación en salud refleja además –al menos conceptualmente– un desplazamiento cualitativo en el modo en que en términos históricos se abordan los procesos de salud – enfermedad - atención: de un enfoque efectista, individualista y biomédico hacia otro en el cual las culturas, las relaciones sociales y la participación activa de las personas directamente afectadas por las problemáticas de salud, se constituyen en referentes esenciales para el diseño de programas sanitarios.

Si bien las dimensiones sociales de las problemáticas de salud han cobrado relevancia en las últimas décadas –a partir de su reivindicación por parte de una serie de movimientos sociales e ideológicos de la segunda mitad del siglo XX– éstas son preocupaciones de larga data en el campo de la salud.

Para Paim (2011), los discursos sociales sobre la salud aparecieron en Europa en la segunda mitad del siglo XVIII. Irrumpió el discurso de la Higiene, impregnado de las ideas de Rousseau y de ciertos ideales de la revolución francesa –sobre todo en lo



referente al papel de la educación—, como un conjunto de normatizaciones, reglas, normas, prescripciones preventivas para conservar la salud y la vida a partir de la prudencia y la restricción de los excesos y vicios, a ser aplicadas en el ámbito individual, ciertamente de franco tono moral.

Durante el siglo siguiente (XIX), los países europeos asistieron —merced a la revolución industrial— a tremendos impactos en las condiciones de vida y salud de sus poblaciones. La organización de las clases trabajadoras, su creciente participación política en los países de mayor grado de desarrollo productivo, incorporaron temas relativos a la salud en sus reivindicaciones sociales. La Medicina Social construyó un vínculo con esos movimientos sociales —existentes principalmente en Francia y Alemania—, sosteniendo como consignas que la salud del pueblo era un objeto de inequívoca responsabilidad social, que las condiciones económicas y sociales debían ser sometidas a la investigación científica y que las medidas para promover la salud y combatir la enfermedad debían ser sociales y médicas (Paim, 2011).

En ese escenario, estudiosos ingleses como Virchow, Sigerist y McKeown, documentaron los límites de la medicina y argumentaron la importancia de mejorar las condiciones de vida de las personas, promover su desarrollo económico, una mejor nutrición, adecuadas condiciones de trabajo y de vivienda, medios de recreación y descanso y acceso a la educación. Más aún, McKeown probó científicamente que la reducción de la mortalidad en Inglaterra después de 1840, se debió en mucha mayor proporción al desarrollo económico, a una mejor nutrición y a cambios favorables en el nivel de vida de los ingleses que a intervenciones de tipo médico.



En palabras de este autor:

El progreso de la salud en los tres últimos siglos se debió esencialmente al suministro de alimentos, la protección contra los accidentes y la limitación del número de individuos; la ciencia médica y los servicios aportaron una importante contribución al control de los riesgos, pero un control limitado, por medio de la inmunización y el tratamiento... para reconocer que la mejoría de la salud probablemente llegue en el futuro, como en el pasado, de la modificación de las condiciones que llevan a la enfermedad más que de la intervención en el mecanismo de la enfermedad después que se ha presentado (McKeown, 1990:45).

Entre 1830 y 1880 surgieron propuestas de comprensión de la crisis sanitaria como un proceso esencialmente social y político. En Inglaterra y EE.UU. se generó un movimiento conocido como Sanitarismo. Las agencias estatales comenzaron a producir discursos y prácticas tendientes a la organización de actividades profilácticas –saneamiento, inmunizaciones y control de vectores– destinadas a los sectores excluidos de la sociedad. Por otra parte, el advenimiento del paradigma microbiano en las últimas décadas de ese siglo, reemplazó a la teoría miasmática de la enfermedad,⁹ propiciando así el refuerzo del movimiento Sanitarista.

Pese al crecimiento de este movimiento, el modelo de atención que se implementó desde entonces –biomédico, curativo e individual– estuvo vinculado con el desarrollo a lo largo del siglo XX de una serie de instituciones, aspiraciones y compromisos que consideraron a la “atención médica” como equivalente a “salud”.

⁹ La teoría miasmática sostenía que los miasmas, conjunto de emanaciones fétidas de suelos y aguas impuras, eran la causa de enfermedad. Fue considerada obsoleta, al ser sustituida por la teoría microbiana. Ver Volcy, CH. (2007). Historia de los conceptos de causa y enfermedad: paralelismo entre la Medicina y la Fitopatología. *Iatreia*, 20(4): 407-421.



En ese sentido, el Informe Flexner, en las primeras décadas de ese siglo consolidó las bases científicas de la enseñanza y práctica médica, estableciendo que la formación y la práctica debían basarse en el conocimiento exhaustivo y aplicación de las ciencias biomédicas -biología y física-, excluyendo del quehacer científico, toda consideración sobre las causas sociales de las enfermedades y consolidando un tipo de ejercicio médico –la llamada medicina científica– que otorgó un enfoque esencialmente positivista a la enseñanza, la investigación y la práctica.

En ese marco, surgieron tanto en EE.UU. como en América Latina centros de formación de sanitaristas y epidemiólogos que privilegiaron esa perspectiva a la hora de analizar e intervenir frente a los problemas de salud pública. Merced al apoyo de instituciones de gran poder como la corporación médica y la industria de laboratorios, ese enfoque cobró absoluta hegemonía en la atención de la salud pública.

A lo largo de esos años la construcción de la enfermedad como un problema biológico –que derivó en la creencia en la capacidad biomédica de otorgar solución a todos los problemas– la fue situando como eje del sistema, el que además se desarrolló alrededor de su identificación: el diagnóstico. La generación de cuantiosas especialidades y subespecialidades y la consolidación de la medicina como profesión liberal, en conjunción con la expansión de las industrias farmacéutica y de equipamiento diagnóstico-terapéutico, fueron configurando sistemas de salud polarizados casi con exclusividad, en la asistencia médica hospitalaria especializada en la enfermedad individual y relegando cualquier enfoque o acción sobre los entornos sociales.

Otro de los hitos a considerar nos lleva a la década de 1940 cuando el impacto de la crisis de 1929 junto al incremento de los costos de atención –por la especialización y la tecnologización de la práctica médica–, dieron origen a propuestas de formación de un



sistema nacional de salud en EE.UU. Pero el poder de las corporaciones médicas neutralizó esa iniciativa, logrando que el intento de reforma quedara restringido a la adopción de cambios en la formación médica, lo que se denominó Medicina Preventiva. Este movimiento cuestionó la práctica médica, principalmente el exceso de especialización y tecnificación, el enfoque biologicista e individualista y la falta de adecuación de los profesionales a las necesidades de la población, buscando reorientar la práctica médica a partir de la formación de una nueva actitud (integral, preventiva y social) de los médicos como si fuese –señala Arouca– “el partido de una nueva actitud y sus militantes se constituyesen en profetas del devenir” (2008:45).

La Medicina Preventiva proponía una conciliación entre la categoría médica en su organización privada y el Estado como una alternativa a la propuesta de participación estatal en la atención de la salud. Como idea de reforma en salud de las más parciales, fundamentaba una política que separaba la promoción y protección de la salud para las agencias estatales de salud pública y las demás acciones para la medicina privada.

Según Arouca (2008), la Medicina Preventiva constituyó un intento de preservación de la medicina liberal contra la intervención estatal, produciendo el dilema preventivista: la imposibilidad de implementar este proyecto en sociedades capitalistas, dada la falta de transformaciones profundas en la organización de los servicios de salud.

Años más tarde, en el marco del intenso proceso de movilización popular e intelectual generado en la década de 1960 en relación a cuestiones tales como la pobreza, el racismo y la guerra de Vietnam, comenzaron a institucionalizarse en EE.UU. modelos de intervención de comunidades urbanas pobres, tendientes a la ampliación de servicios sociales. En lo que hace a salud se organizó el movimiento de Salud Comunitaria, que se cristalizó a través de la implementación de centros comunitarios sanitarios,



administrados por organizaciones sin fines de lucro subsidiadas por el gobierno federal. La propuesta de la Medicina Comunitaria recuperó el discurso preventivista, pero también incorporó el conocimiento de la psicología, antropología y sociología, las llamadas “ciencias de la conducta”. Los organismos internacionales intentaron extender esa perspectiva a países latinoamericanos. Así, se implantaron programas de salud comunitaria en algunos países de la región bajo el patrocinio de fundaciones norteamericanas, respaldadas por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con la convicción de que su implementación podría influenciar en el diseño de sistemas de salud de dichos países y resolver la necesidad de ampliar la cobertura de la atención a las poblaciones excluidas, rurales básicamente.

También por esos años las corrientes de la Medicina Social y la Epidemiología Social, conformadas en América Latina en defensa de sistemas de salud universales, públicos y equitativos, denunciaron el inicio de una importante crisis de la salud pública con la implementación del modelo desarrollista, cuando comenzó el quiebre entre crecimiento económico y mejora de las condiciones de vida de la población, característico de los años de la posguerra. Dicho período, signado por la existencia del Estado de Bienestar, había generado políticas redistributivas a partir del estímulo de un nivel de ocupación cercano al pleno empleo, la inversión en servicios de salud y educación y la implementación de programas preventivos. Si bien durante el desarrollismo creció la inversión en servicios de salud, los indicadores sanitarios comenzaron a empeorar, mostrando el relativo peso de estos servicios en el estado sanitario de la población.

Precisamente indagar en la gravitación de la atención en el estado de salud de la población canadiense fue el propósito del Informe Lalonde en 1974, que desestimó a la medicina como única fuente de protección de la salud, para proponer en cambio el



concepto más amplio de "campo de salud", integrado por una serie de factores determinantes:

- La biología o herencia, que incluye todos los hechos relacionados con la salud tanto física como mental, que se manifiestan en el organismo como consecuencia de la biología y constitución orgánica del individuo.
- El medio ambiente, que abarca todos aquellos factores relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano y sobre los cuales la persona tiene poco o ningún control.
- Los estilos de vida, que representan el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control.
- La organización de la atención de salud que una sociedad genera para dar respuesta a los problemas que afectan a sus miembros.

El Informe Lalonde estableció que la asignación de recursos no reflejaba el peso de los factores que en mayor medida determinaban la salud de la población: los estilos de vida, lo que derivó en un replanteamiento en la distribución del gasto público en las políticas sanitarias. Así, influenció al naciente movimiento de la Promoción de la Salud a través del inicio de intervenciones sobre *“lifestyles”*, que enfatizaban ciertos problemas de salud (tabaquismo, alcoholismo, drogas), apuntando a la modificación de conductas generadoras de riesgo a nivel individual.

Más influyente aún en el movimiento de la Promoción de la Salud, fue la reunión de Alma Ata, convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de



Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y desarrollada en la ciudad del mismo nombre de la República de Kazajstán (ex Unión Soviética) en 1978. Los asistentes –representantes de 134 países y de 67 organizaciones internacionales y no gubernamentales– firmaron la llamada "Declaración de Alma Ata" que, bajo el lema "Salud para todos", reivindicó la salud como derecho humano fundamental, estableciendo que esa meta podía alcanzarse mediante la Atención Primaria de la Salud (APS). Esta estrategia que concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad colectivos, a través de la integración de la asistencia, la prevención, la promoción de la salud y la rehabilitación, se impulsó como una política de ampliación de la cobertura para resolver lo que en aquella época se denominó crisis de accesibilidad, principal signo de una crisis mayor, la de los sistemas de salud (Nogueira Navarro, 1991).

La crisis se manifestó a través de la insatisfacción de la población frente a los sistemas de salud existentes, altamente medicalizados, burocratizados, caros, desigualmente distribuidos e ineficaces y la evidente detención del progreso de los indicadores de salud, particularmente en países desarrollados: la esperanza de vida detuvo su ascenso; la morbilidad se mantuvo alta, y aumentó en forma vertiginosa para enfermedades no infecciosas de tendencia crónica –particularmente patologías cardiovasculares, cánceres, accidentes, diabetes, obesidad, alcoholismo, tabaquismo– que comenzaron a mostrar además un impacto creciente en la mortalidad.

En el mundo subdesarrollado, los patrones de enfermedad y muerte tendían a seguir el modelo de los países desarrollados con la diferencia de que las enfermedades infecciosas y parasitarias mantenían tasas altas de morbilidad y mortalidad a pesar de ser conocida la epidemiología de cada una de ellas y de que la malnutrición se vinculaba con desnutrición y no con sobrealimentación, como en el mundo desarrollado.



Además, el alza vertiginosa de los costos de los servicios médicos curativos y de los productos farmacéuticos, la demanda progresiva y en ascenso de atención por parte de la población frente a una cobertura desigual e incompleta, con exclusión de amplios grupos sociales, afectó tanto a los países desarrollados como subdesarrollados. Esos hechos se produjeron simultáneamente al contundente avance de las tecnologías médicas que generaron un aumento de la esperanza de vida, pero no el descenso de la morbilidad, que al contrario parecía ser más importante con el desarrollo de nuevas enfermedades (Nogueira Navarro, 1991).

En ese escenario, la Declaración de Alma Ata popularizó conceptos sanitarios innovadores que han seguido influenciando hasta el presente las prácticas de atención de la salud y los debates. La necesidad de cambiar las políticas de salud imperantes, el reconocimiento del carácter multisectorial del desarrollo en salud (alimentación, educación, vivienda, saneamiento, comunicación), la reivindicación de la investigación sobre las raíces sociales de los problemas y la defensa de la salud como derecho universal fueron algunas de sus principales premisas. No obstante, no encontraron por lo menos en América Latina ambientes propicios para su implementación, dado que gran parte de estos países transitaban procesos dictatoriales a mano de las fuerzas armadas.

El contexto socioeconómico de principios de la década de 1980 reforzó la tendencia a minimizar los aspectos integrales y radicales de Alma Ata. La crisis de la deuda y los programas de ajuste estructural hicieron que para muchos de estos países esos años fueran una "década perdida", en la que el aumento de la dependencia y la carga de la deuda internacional se volvió insoportable.



El concepto moderno de Promoción de la Salud –que surge como reacción a la acentuada medicalización de la salud tanto en el interior del sistema de salud como en la sociedad–, se desarrolló de forma más intensa en Canadá, EE.UU. y en Europa Occidental a partir de la Conferencia Internacional de Ottawa (1986), que estableció las bases conceptuales y políticas de este movimiento.

La Carta de Ottawa definió a la promoción de la salud como “el proceso que proporciona a las poblaciones los medios necesarios para ejercer un mayor control sobre su propia salud y así poder mejorarla”, determinando que la salud no debe concebirse como un objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana, concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas: así, la salud “es el resultado de los cuidados que uno se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de un buen estado de salud” (OMS, 1996:371)

Para alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente.

Dado que el concepto de salud trasciende la idea de “formas de vida sanas”, la promoción de la salud no concierne exclusivamente al sector sanitario, implica la acción coordinada de la totalidad de actores implicados: gobiernos, sectores sanitarios, sociales y económicos, medios de comunicación, individuos, familias y comunidades. Consecuentemente, son numerosas las esferas de acción:



- El establecimiento de políticas públicas dirigidas al mejoramiento de los factores determinantes de la salud y la equidad para permitir un mayor control sobre las condiciones de la salud y la calidad de la vida.
- El desarrollo de habilidades y competencias de los individuos para mejorar la salud y la calidad de la vida.
- El fortalecimiento de la acción comunitaria, el reforzamiento de las redes sociales, del capital humano y social y el empoderamiento.
- La creación de espacios saludables; el mejoramiento de los aspectos físicos y psicosociales de los lugares de estudio, trabajo, convivencia y una mayor protección de estos ambientes.
- La reorientación con criterios de equidad de los servicios de salud; el refuerzo de las acciones preventivas y de promoción y la multiplicación de las acciones de colaboración entre los sectores interesados con el propósito de mejorar los factores sociales que determinan la salud.

Así, la promoción de la salud apunta a asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a todas las personas realizar por completo su potencial de salud. Los individuos y las colectividades deben tener la oportunidad de conocer y controlar los factores determinantes de su salud. Los ambientes favorecedores, el acceso a la información, las habilidades para vivir mejor, así como las oportunidades para realizar elecciones más saludables, son las principales condiciones para promover la salud individual y colectiva.



Unos años más tarde, emergió el movimiento de la Nueva Salud Pública a partir de la instalación de políticas de corte neoliberal en América Latina, en las que las reformas del sector salud fueron apoyadas y financiadas por organismos como el Banco Mundial, cuyas directrices valorizaban la eficiencia en detrimento de la equidad. Mientras en la Región de las Américas la OPS debatía la crisis de la salud pública, la OMS promovía la discusión de propuestas internacionales en torno a la “Nueva Salud Pública y a las denominadas Funciones Esenciales de Salud Pública” (Paim, 2011).

La concepción de la salud dependiendo mayoritariamente de las decisiones individuales y por tanto responsabilidad de los individuos se convirtió en una idea dominante en esos años, planteo coherente con el proceso de neoliberalización de la vida social en el que la responsabilidad estatal por los problemas sociales apareció absolutamente diluido.

Un movimiento antagónico –el de la Salud Colectiva– tuvo también en esos años su desarrollo en América Latina, a partir del diálogo entre la Salud Pública y la Medicina Social Latinoamericana; y especialmente en base al cuestionamiento de los movimientos de la Higiene, Medicina Preventiva, Medicina Comunitaria, Medicina Familiar, y también a la salud pública institucionalizada, por parte de las ciencias sociales.

Según Paim (2011), la Salud Colectiva constituye un campo de saber, ámbito de prácticas y área de actuación profesional, cuyo marco conceptual inicial buscaba la recuperación de los principios de la Medicina Social, al mismo tiempo que producía conocimientos críticos basados en los movimientos sociales y las luchas políticas por la democratización de la salud y de la sociedad.



Entre sus principales aportes, el autor destaca el reconocimiento de que la Salud Pública y la Salud Colectiva no constituyen una especialidad médica, afirmando que:

Aunque formen parte del área de la salud, sus intersecciones son cada vez más amplias y profundas con las ciencias humanas, la economía, la administración, la comunicación social, la pedagogía y el derecho. De ahí surge la recomendación de la I Conferencia Panamericana en Educación en Salud Pública, en cuanto a que las instituciones formadoras del personal de salud pasen por un proceso de “independización” de las facultades de medicina, estableciendo redes con otras unidades académicas que posibiliten la interdisciplinariedad o la transdisciplinariedad (Paim, 2011:89).

En definitiva, varios de los movimientos sociales e ideológicos descriptos fueron ampliando paulatinamente el campo de la salud colectiva, señalando el imperativo de abordar los determinantes sociales del proceso salud - enfermedad - atención, denunciando las desigualdades e inequidades en salud, reivindicando la democratización de las relaciones sociales y las instituciones, el ejercicio del derecho a la salud y el reconocimiento del protagonismo de los sujetos en las decisiones que afectan su calidad de vida.

Más aún, en los últimos años desde la Salud Colectiva se ha intensificado el cuestionamiento del modelo biomédico, cuyo enfoque basado en la oferta intramural de servicios asistenciales, curativos e individuales resulta inoperante para dar respuesta a la compleja trama de problemáticas de salud en la que viejas enfermedades se conjugan con la expansión del abuso de alcohol y drogas ilegales, la desprotección de la niñez y de la vejez, la violencia urbana, los accidentes y sobre todo, el conjunto de enfermedades crónicas no transmisibles, ligadas directamente con hábitos de vida. En ese marco, comenzaron a multiplicarse en los programas de salud, las prácticas preventivas y promocionales, asumiéndose en muchos casos de modo homólogo y opacando sus diferencias conceptuales.



Sin embargo, ambos enfoques presentan distinciones significativas. Mientras que la prevención –que tiene como fin anticiparse a la ocurrencia de daños, a evitar la aparición de enfermedades específicas, para reducir su incidencia y prevalencia–, se orienta a acciones de detección, control de los factores de riesgo o causantes de enfermedades, las acciones de promoción de la salud son de carácter más amplio: se dirigen a aumentar la salud y el bienestar generales, a alcanzar la equidad sanitaria y a proporcionar los medios para que individuos y poblaciones desarrollen sus máximos potenciales.

En función de diferenciar los enfoques de prevención y promoción de la salud, Czeresnia (2006), afirma que el camino entre la salud y la enfermedad se puede realizar distanciándose de la enfermedad pero manteniéndola como núcleo –estrategia preventiva– o bien aproximándose a la salud como referencia –estrategia de promoción-. De este modo, mientras que la prevención implica fundamentalmente saberes técnicos y responsabilidades centradas en los profesionales de la salud, la promoción es claramente social, cultural y política, lo que requiere el protagonismo de individuos y movimientos sociales y un amplio abanico de medidas políticas, legislativas, fiscales y administrativas. La indistinción que aparece a menudo entre ambos enfoques, está vinculada en todo caso a la coexistencia –en tensión– de dos lógicas: la del discurso científico, de la especialización profesional y de la organización institucional de las prácticas de la salud que se delimitan a partir de conceptos objetivos de enfermedad y no de salud –como señala Czeresnia– y la de la salud pública, como un campo de conocimiento y de prácticas organizadas institucionalmente y orientadas a la promoción de la salud de las comunidades.



Así, la ambivalencia que signa a la Promoción de la salud posibilita la formulación de alianzas con movimientos sociales de carácter progresista, democrático y humanitario que persiguen políticas públicas intersectoriales, multidisciplinarias y participativas y a su vez, se vinculan con visiones que responsabilizan a los individuos de su salud en el marco de políticas liberales y conservadoras, de reducción de las responsabilidades estatales.

De hecho, el discurso de la Nueva Salud Pública se conformó en el contexto de las sociedades capitalistas neoliberales, en las que la reivindicación del concepto de promoción de la salud obedeció en algunos casos a la necesidad de controlar los costos ascendentes de la atención médica. Esta concepción conservadora de la Promoción de la salud se vincula con la noción de Medicina Promotora, que Nogueira (2008) formula. Ésta, a diferencia de su antecesora la Medicina Preventiva, no se basa en programas de formación académica, sino en la utilización de una infraestructura universalizada de producción y difusión de conocimientos científicos, haciendo de la noción de riesgo en salud, –resultado de la incesante investigación epidemiológica internacional– el epicentro en torno del cual gravitan las normas de conducta que prescribe. En su discurso de “hábitos saludables”, como resultado de responsabilizar al individuo por cada aspecto de la vida, la Medicina Promotora hace valer la misma normalización educativa que estaba presente en la Higiene de fines del siglo XIX y de comienzos del siglo XX, que Arouca (2008), vincula con el nacimiento de la Medicina Preventiva.

En el mismo sentido, Robert Castel (1986) afirma que en los últimos años se viene produciendo un desplazamiento de las intervenciones curativas terapéuticas hacia un gerenciamiento administrativo preventivo de las poblaciones de riesgo, aliado a estrategias de promoción de la salud, que nos conducen a ejercer un cierto trabajo sobre



nosotros mismos, destinado a la producción de cuerpos saludables, eficientes y adaptables. Caponi (2006) coincide con estos planteos, al señalar que la prevención es concebida actualmente como un “mapeo de riesgos”:

Prevenir es ante todo vigilar “anticipar la emergencia de acontecimientos indeseables” (enfermedades, anomalías, conductas desviadas, etc) en el seno de poblaciones detectadas como portadoras de riesgo. Promover la salud cuando no se trata de controlar políticamente las condiciones sanitarias de trabajo y de vida de la población en general, sino de crear hábitos saludables, es una vigilancia que cada uno de nosotros debe dirigir a si mismo que toma como punto de partida esa misma identificación entre la probabilidad estadística y lo real. Estas estrategias pueden generar tanto acciones inocuas o efectivamente beneficiosas para nuestra salud, como modos de control y exclusión (Caponi, 2006: 87).

Esta manera de concebir la Promoción de la salud está dominada por el énfasis en los estilos de vida, que al centrarse en las conductas y características de los individuos, omiten los contextos sociales, económicos y culturales en los que se dan las prácticas de cuidado de la salud, lo que contribuye a minimizar, ocultar o justificar la existencia de la desigualdad social. La pobreza es uno de los ejemplos más reveladores acerca de la precariedad de este enfoque, ya que constituye uno de los principales determinantes económicos que impide que una parte de la población adopte estilos saludables, no por decisiones o acciones individuales, sino por la dispar distribución de la riqueza.

En las antípodas del enfoque mencionado, otra corriente sostiene la existencia de determinantes sociales, económicos, políticos y culturales más amplios que la herencia genética, la biología humana y los factores ambientales más inmediatos, afirmando además que los estilos de vida están fuertemente determinados por la posición social, económica, condiciones de vida y estado de salud. Esta postura pone de manifiesto la importancia de las diferencias sociales en la génesis, definición, actitudes y resultados del proceso salud-enfermedad, dada la insoslayable evidencia de que las clases



sociales con menos recursos enferman más, sus problemas de salud se convierten más a menudo en crónicos y mueren antes. Más aún: para esta visión, la pobreza, las malas condiciones de vida y de trabajo junto a una dinámica no igualitaria del sistema sanitario terminan generando otra dimensión de desigualdad entre los grupos sociales: la salud. En el tensionante juego entre estos dos modos de concebir la Promoción de Salud que hemos referido, la comunicación imprime sus prácticas.

2.1.2. La salud como dimensión de la comunicación

Desde la vertiente de la comunicación también es posible identificar una serie de hitos que incidieron en la gestación del campo.

Diversos autores (Beltrán, 2005; Gumuccio Dagrón, 2010; Pereira, 2003; Waisbord, s/f), mencionan a la Comunicación para el Desarrollo como una influyente corriente en la configuración de la comunicación y salud.

La Comunicación para el Desarrollo tuvo su origen en la preocupación existente en ámbitos académicos y políticos durante la posguerra por resolver las abismales disparidades entre el mundo desarrollado y el subdesarrollado. En ese escenario, el desarrollo era concebido principalmente como sinónimo de democracia política, elevados niveles de productividad e industrialización, altas tasas de alfabetismo y mayor esperanza de vida.

Según Beltrán (2005) optar por el desarrollo significaba generar una intervención estatal activa para lograr el mejoramiento de la economía con apoyo de la tecnología.



A través de la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional (USAID), se proporcionaba a los estados latinoamericanos apoyo para la ampliación y mejora de infraestructura de caminos, vivienda, electricidad, agua potable y alcantarillado. Como el logro del desarrollo requería –según esa perspectiva– provocar cambios de conducta en beneficiarios, en cada uno de esos programas y servicios sociales fueron incluidos diferentes medios de persuasión educativa.

Entre fines de la década de 1940 y principios de la de 1950 los servicios públicos de agricultura, educación y salud patrocinados por EE.UU. para los países de Latinoamérica generaron dispositivos de comunicación (audiovisuales, radiales, folletos y carteles), que combinaban con procedimientos de contacto personal, individual y en grupos, para promover el mejoramiento de la producción agropecuaria para el campesinado carente de alfabetización; para impartir mensajes de cuidado de la salud a través de la educación sanitaria, así como también para proporcionar estrategias pedagógicas para la enseñanza. Estas modalidades de comunicación que aspiraban a optimizar las intervenciones educativas, carecían de fundamentación teórica, la que llegaría años más tarde de la mano de la Teoría de la Modernización. Esta teoría, que aseveraba que los problemas de desarrollo de los países del Tercer Mundo estaban relacionados con la existencia de una cultura tradicional que impedía la adopción de actitudes y comportamientos modernos, fue el paradigma dominante en esos años. Consecuentemente, inculcar información y pautas culturales del mundo desarrollado occidental a través de la transferencia de tecnologías de comunicación fueron, en gran parte, los objetivos de la Difusión de Innovaciones, que se convirtió en una de las teorías de la modernización de mayor influencia. Esta corriente liderada por Everett Rogers, se



basaba tanto en el modelo comunicacional de Shannon y Weaver,¹⁰ desarrollado originariamente para explicar la transmisión de información entre máquinas, como en el modelo de propaganda de Harold Lasswell¹¹ que concebía a los efectos de los medios como “balas mágicas” para cambiar comportamientos.

Los centenares de estudios empíricos desarrollados por Rogers, lo condujeron a plantear como conclusión que los nuevos comportamientos se adoptaban a través del pasaje por cinco etapas: conciencia, conocimiento e interés, decisión, prueba, y adopción o rechazo. Las poblaciones podían ser clasificadas a partir de este esquema evolutivo en diferentes niveles de acuerdo al grado de apertura a incorporar innovaciones y al tiempo para adoptarlas realmente. Para Rogers, los adoptantes tempranos podían funcionar como modelos para motivar a los tardíos. Se suponía que esta última categoría describía a la amplia mayoría de la población del Tercer Mundo.

Posteriormente los estudios difusionistas fueron ampliando sus perspectivas. La incorporación de teorías que sostenían la importancia de la comunicación interpersonal en las decisiones relacionadas con la adopción de innovaciones, generó una mirada que reivindicaba la interacción personal –además de la exposición a los medios de

¹⁰ Shannon y Weaver fueron los creadores -a finales de la Segunda Guerra Mundial- de la Teoría Matemática de la Comunicación, que a través de la medición de la información y de la capacidad de los sistemas de comunicación para transmitir y procesar información, buscaba alcanzar una óptima transmisión de los mensajes. Ver Wolf, M. (1996). *La investigación de la comunicación de masas. Críticas y perspectivas*. Buenos Aires: Paidós.

¹¹ Lasswell es expresión de la primera ola de investigaciones sobre la comunicación en masas, que se enfocó en el estudio de los efectos de la propaganda durante la Primera y Segunda Guerra Mundial. Ver Wolf, M. (1996). *La investigación de la comunicación de masas. Críticas y perspectivas*. Buenos Aires: Paidós.



comunicación— como necesaria para inducir cambios conductuales efectivos.

De este modo, la paulatina consideración de los contextos sociales y culturales específicos de las poblaciones en los que la comunicación ocurría, permitió perfeccionar los modelos o teorías de la conducta que en el campo de la comunicación fueron incluidas dentro de la denominación genérica de “comunicación para el cambio conductual o el cambio de comportamiento” (Bruno, 2012).

En esos años además se hizo evidente la inoperancia del paradigma desarrollista frente a la situación de pobreza y marginación de gran parte de los latinoamericanos. El movimiento regional de economistas y científicos sociales que inició el cuestionamiento de aquel modelo, planteó la “Teoría de la Dependencia”, que sostenía que los problemas de la pobreza no se originaban en el atraso o la falta de formación sino en inequidades estructurales del sistema económico mundial, heredadas del colonialismo europeo.

En ese marco, comenzó a denunciarse el marcado desequilibrio prevaleciente en la posesión y manejo de los medios de comunicación, que favorecía a los países avanzados en desmedro de los más rezagados.

Además, dado que los contenidos de la información de los países centrales desdibujaban las realidades y debilitaban las identidades de los países en desarrollo y profundizaban la dependencia económica, varios comunicólogos de la región emprendieron el diseño de modelos que replanteaban la naturaleza de la comunicación en función de su realidad económica, social, política y cultural.



Así, se destaca el surgimiento de modelos más horizontales basados en la Pedagogía de la Liberación de Paulo Freire, y gran cantidad de prácticas de comunicación popular y alternativa, utilizando canales y técnicas para incrementar la participación de las comunidades bajo el supuesto de que la comunicación no es persuasión, sino un proceso mediante el cual se crean y se estimulan el diálogo, la discusión, la toma de conciencia sobre la propia realidad y la recuperación de la propia identidad cultural (Bruno, 2012).

Para Waisbord (s/f) la multiplicidad de teorías que convergieron desde la década de 1950 en la Comunicación para el Desarrollo, ofrecieron esencialmente dos diagnósticos –contrapuestos- sobre el subdesarrollo a través de: teorías e intervenciones psicológicas vs. teorías e intervenciones sociopolíticas; modelos de actitud y comportamiento vs. modelos estructurales y sociales; intervenciones centradas en el individuo vs. intervenciones centradas en la comunidad; modelos de comunicación jerárquica y orientados por el emisor vs. modelos de comunicación horizontal y participativa; concepciones de audiencias y poblaciones activas vs. concepciones de audiencias y poblaciones pasivas, enfoques de la participación como medio vs. enfoques de la participación como fin y explicaciones culturales vs. explicaciones ambientales del subdesarrollo.

Las posiciones descritas –conocidas como paradigma difusionista y paradigma participativo– se han plasmado (y plasman) a través de diferentes estrategias en el campo de la salud. De este modo, mientras que las estrategias de Marketing social y de Eduentretenimiento reflejan el paradigma difusionista, las de *Media advocacy* y las de Movilización social son expresión del paradigma participativo.



El Marketing social es uno de los enfoques que refleja más fielmente las premisas de los modelos de la Difusión de Innovaciones y de cambio de comportamiento. Si bien surgió de la publicidad, disciplina que tenía poco que ver con las teorías de la modernización, el Marketing social adhirió a la interpretación de la comunicación como persuasión y al enfoque desde arriba hacia abajo para instrumentar cambios de comportamiento. Esta estrategia que hace énfasis en influenciar el comportamiento, proporcionando información destinada a reducir la distancia psicológica, social, económica y práctica entre un consumidor y un comportamiento recomendado, a fin de lograr que éste sea accesible y atractivo, se aplicó en países de África, Asia y Latinoamérica en las décadas de 1960 y 1970, en el marco de programas de promoción de las inmunizaciones, planificación familiar y nutrición, además de ser utilizado en campañas en EE.UU. dedicadas a enfrentar tabaquismo, alcoholismo, consumo de drogas e infecciones de transmisión sexual.

El Eduentretenimiento, que surgió en México a mediados de la década de 1970 y se utilizó en numerosos países, también expresa las premisas de cambio de comportamiento a través de la difusión de información. Basado en la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura, –que postulaba que el aprendizaje de comportamientos podía lograrse a partir de la observación de modelos, especialmente de los medios de comunicación– introdujo mensajes educativos en un extenso conjunto de formatos comunicacionales tales como telenovelas, canciones, dibujos animados, tiras cómicas y cine.

Por otro lado, “*Media Advocacy*” o Abogacía en medios constituye una de las estrategias afines a la posición participativa.



Dado que concibe a los problemas de salud como resultado de las desigualdades, promueve en consecuencia la obtención del control y el poder por parte de las comunidades para transformar su entorno. En ese marco, para asegurar acciones políticamente efectivas, asigna a los medios el rol fundamental de plantear los temas a debatir y de presionar a los que toman las decisiones.

En un mismo sentido se sitúa la Movilización social, estrategia que apunta a reunir a distintos sectores para interpelar a actores sociales que representan roles significativos en determinados proyectos –líderes sociales y comunitarios, artistas, políticos, educadores, religiosos, funcionarios– para que actúen como multiplicadores de los procesos de cambio a fin de ampliar las bases de la participación social. Promover la conciencia y demanda de programas de desarrollo específicos, asistir en la distribución de recursos y prestación de servicios y fortalecer la participación de la comunidad para su sustentabilidad e independencia son algunas de las potencialidades de esta estrategia social, tendiente a promover que las comunidades tomen conciencia de sus problemas y encaren su resolución de modo colectivo.

En muchos casos, las estrategias mencionadas se “entrecruzan” en la actualidad en los programas de salud. Más aún, Waisbord (s/f) sostiene que una de las tendencias resultantes de la confluencia de enfoques, perspectivas, intereses, objetivos, preocupaciones –que fueron configurando a lo largo de varias décadas el campo de la comunicación y salud–, fue precisamente una interpretación más abarcadora de la comunicación en el sentido de integrar modelos y estrategias diferentes (“de arriba hacia abajo” y “de abajo hacia arriba”; canales mediáticos, comunicación interpersonal; Marketing social y Movilización social).



Igualmente significativa como tendencia del campo de la comunicación y salud, es el pasaje desde concepciones y prácticas puramente lineales, normativas, prescriptivas, persuasivas hacia otras que hacen énfasis en dimensiones relacionales, procesuales y estratégicas, que reconocen múltiples niveles interdependientes (individuales, interpersonales, institucionales, comunitarios y de política pública) y procesos de interacción y construcción social de sentido, basados en el reconocimiento de los diferentes actores implicados en los procesos de salud y sus particularidades sociales y culturales (Díaz, 2011).

Más allá de las tendencias referidas, la actual convivencia de abordajes no siempre ni necesariamente se plasma en términos de equidad, lo que genera la necesidad de profundizar –tal como propone Bruno (2013)– en modelos de intervención comunicacional que conjuguen acciones en la dimensión de la singularidad y autonomía de los sujetos con otras en el ámbito de lo público, tendientes a promover el diálogo y la coordinación multiactoral y multisectorial para la cogestión y autogestión de modos de vida, comportamientos y ambientes saludables.

2.2. Comunicación, salud y medios

2.2.1. Agenda setting

El origen de esta teoría desarrollada por la academia americana, en el marco de la tradición de estudios de efectos de los medios de comunicación fue la investigación “*The Agenda-Setting Function of Mass Media*” desarrollada por Maxwell McCombs y Donald Shaw, investigadores y profesores de la *University of North Carolina*, en la que se abordó la influencia de los medios de comunicación en los votantes durante las elecciones presidenciales de EE.UU. de 1968. A través de un diseño empírico muy sencillo, se analizaron los contenidos de los medios que los votantes indecisos usaban



para informarse y se contrastaron con la lista de asuntos que éstos mencionaron como más relevantes. Como resultado de ese estudio, McCombs formuló la teoría general de la *agenda setting*, cuya hipótesis general, aseveraba que:

Como consecuencia de la acción de los periódicos, de la televisión y de los demás medios de información, el público es consciente o ignora, presta atención o descuida, enfatiza o pasa por alto, elementos específicos de los escenarios públicos. La gente tiende a incluir o a excluir de sus propios conocimientos lo que los *media* incluyen o excluyen de su propio contenido. El público además tiende a asignar a lo que incluye una importancia que refleja el énfasis atribuido por los *mass media* a los acontecimientos, a los problemas, a las personas (Wolf, 1996:163).

Dado que en las sociedades industriales –signadas por la diferenciación y la complejidad social y también por el papel central de los medios–, crecen notablemente, los “paquetes” de realidad que quedan fuera de la experiencia personal directa de los sujetos; la mediación simbólica que los *mass media* llevan a cabo, logra concentrar la atención de la audiencia e influir en su percepción acerca de los temas y asuntos más importantes.

Al enfatizar la creciente dependencia cognoscitiva de los medios, la hipótesis de la *agenda-setting* postula un impacto directo (aunque no inmediato) sobre los destinatarios, que se configura tanto a partir del “orden del día” de los temas, argumentos, problemas, presentes en la agenda mediática, como en la jerarquía de importancia y de prioridad con la que dichos elementos son dispuestos en dicha “orden del día”:



La selección de las noticias más importantes dada al inicio de los informativos, la noticia o noticias que aparecen en la primera página de los periódicos, el tamaño de los titulares, la extensión de una noticia y el insistir en ella un día y otro día, apuntan hacia la determinación de la importancia de los acontecimientos y ponerlos en el centro de atención de la opinión pública. Son los medios lo que trazan las pistas sobre la importancia de los temas de la agenda diaria. En cuanto al público, éste recurre a esas pistas de relevancia para organizar y también decidir cuáles son los temas más importantes que atraen su atención. De ahí que la agenda de los medios de información se convierte en la agenda pública, se transforma en opinión pública. En otras palabras, los temas de preocupación más destacados se transforman en temas de preocupación más importantes. Ésta es la tesis central de la teoría de la *agenda setting* (McCombs, 2006: 29).

Si bien, los estudios sobre comunicación de masas han constatado desde las primeras décadas del siglo XX que los medios tienen efectos significativos en los individuos y la sociedad, la naturaleza y alcance de tales efectos ha tenido diferentes respuestas por parte de las corrientes de investigación.

Así, para Wolf (1996) toda la historia de la investigación comunicativa se ha visto determinada de varias maneras por la oscilación entre la actitud que detecta en los medios una fuente de peligrosa influencia social, y la actitud que mitiga este poder, reconstruyendo la complejidad de las relaciones en las que los *media* actúan.

En una primera etapa de los estudios de comunicación, que se extiende desde el inicio del siglo XX hasta finales de la década de 1920, la Teoría Hipodérmica concedió a los medios y a su influencia una total omnipotencia. La idea dominante de este grupo de investigaciones aseveraba que el vínculo entre los medios y el público podía concebirse como una relación causal en la que las reacciones, comportamientos y actitudes de los segundos, eran efectos directos e inmediatos de las emisiones de los primeros.

El segundo momento de las investigaciones (desde la década de 1940 hasta la de 1960) se caracterizó por afirmar que la influencia de los medios no era ilimitada, dado que las



relaciones interpersonales, las actitudes y predisposiciones previas de cada sujeto, como también el contenido de las comunicaciones, su retórica y el potencial persuasivo de cada medio constituían factores con capacidad de influencia.

En una tercera etapa, a partir de la década de 1960 y hasta la actualidad, reemerge a partir de la teoría de la *agenda setting*, la idea del destacado poder de los medios de comunicación en la trama social, pero el paradigma que guía las investigaciones se transforma: el tipo de efectos que los medios producen no opera de manera puntual sobre actitudes, valores y comportamientos de los individuos, sino que son efectos cognoscitivos, que actúan de modo acumulativo sobre los sistemas de conocimientos que los sujetos asumen y estructuran establemente, a causa de su consumo de comunicaciones de masas. Dichos efectos se estudian en el colectivo de la sociedad más que en los individuos, se indagan a través de la cobertura global de determinadas áreas temáticas de todo el sistema de los medios, en lugar de focalizar eminentemente en campañas; la influencia a medir es a largo y no a corto plazo como en etapas anteriores y las metodologías a utilizar son integradas y complejas, en lugar de meras entrevistas al público.

En síntesis, como indica Wolf (1996), la hipótesis de la *agenda setting* no es una vuelta a la Teoría Hipodérmica, y por tanto, no defiende unos efectos poderosos de los medios, ni considera tampoco a los receptores como autómatas que dan simples respuestas a los estímulos de los medios, pero sí da una importancia a los medios a la hora de hacer el repertorio de la agenda pública; afirmando en la información que nos suministran juega un papel importantísimo en la construcción de nuestras imágenes de la realidad social. Lo que influye, por tanto, en la construcción de esas imágenes es el conjunto total de la información que nos dan los medios.



Los principales factores que inciden en este cambio de paradigma tienen que ver tanto con el abandono de la teoría informacional de la comunicación, como con la orientación marcadamente sociológica que comienza a predominar en los estudios, a partir de la influencia creciente que adquiere la sociología del conocimiento, la que al centrarse en la importancia y en el papel de los procesos simbólicos y comunicativos como presupuestos de la sociabilidad, va convirtiéndose progresivamente en una de las orientaciones de la fase actual de los estudios. Por eso, los estudios sobre los efectos de los medios de comunicación se confunden, en ciertos aspectos, con los estudios de los procesos de construcción de la realidad social.

2.2.2. Framing

Uno de los abordajes que operan como puente entre la teoría de la *agenda setting* y las visiones más “constructivistas” acerca del rol de los medios, es el *framing*. Esta noción que plantea un diferente alcance de la influencia mediática, sostiene que a través del “encuadre” los medios llevan a cabo un sutil proceso de selección de ciertos aspectos de la información, que son presentados como más importantes, al mismo tiempo que formulan evaluaciones positivas o negativas de esos temas.

Además de cuestionar el objetivismo informativo derivado del positivismo científico, el *framing* retoma la tradición que atribuye a los medios de comunicación un papel mediador entre el mundo exterior y las audiencias. Desde este posicionamiento, los medios otorgan a las noticias un enfoque o encuadre determinado (*frame*), una idea central que organiza el contenido de las noticias, que aporta un contexto mediante el proceso de selección, énfasis, exclusión y elaboración y que en definitiva otorga un sentido a los acontecimientos y cuestiones que presenta.



McCombs consideró al *framing* como una fase más del desarrollo de la *agenda setting*, equiparándolo con su segundo nivel, el de los atributos, que intenta ir más allá de las meras cogniciones temáticas (primer nivel), para explorar los juicios específicos de un tema.

La idea que incorpora este planteo es que los medios además de transferir la prioridad de determinados temas en la trama social, realzan determinados rasgos, cualidades o atributos de esos temas. De este modo, McCombs además de demostrar lo tremendamente exitosos que resultan los medios en decirnos sobre qué pensar, sugiere que a partir de una atención mayor al segundo nivel, el de los atributos, éstos nos dicen cómo pensar sobre determinadas cosas. Es aquí donde *agenda setting* y *framing* comparten un mismo campo (Sádaba, 2008).

De todos modos, esta autora señala que existen desacuerdos respecto de considerar al *framing* como una fase más de la *agenda setting*: ya que aunque ambas perspectivas analizan la función de la definición de la realidad por parte de los medios, los *frames* no son meros atributos de los temas, sino ideas más amplias que recorren toda la noticia.

A pesar de su naturaleza un tanto ambigua, el *framing*, resulta un concepto productivo para situarnos en el ámbito de creación de las noticias, espacio en el que también es relevante considerar los criterios que impulsan la construcción de éstas.

2.2.3. Noticiabilidad

Son los criterios de noticiabilidad o valores-noticia, los que determinan que ciertos acontecimientos sean considerados suficientemente significativos para transformarse en noticias.



Estos criterios constituyen un conjunto de condiciones y formulaciones pragmáticas que guían la elección, priorización, clasificación y presentación de los hechos convertidos en noticia. Además de ser pautas organizativas del trabajo cotidiano –los valores noticia– son también formas de pensar el mundo, basados en un acuerdo o un consenso –real o aparente– acerca de la realidad, los imaginarios sobre la sociedad, el propio trabajo y los valores.

Los valores-noticia resumen criterios que actúan relacionados, algunos se aplican de modo general a todo tipo de información y otros son propios de secciones determinadas o áreas temáticas específicas. No remiten sólo a qué es más noticia sino también a cómo se enfatizan ciertos aspectos del hecho, atendiendo a los valores de los que está investido. Un hecho calificado como relevante por su incidencia en la vida nacional, probablemente sea tapa de los diarios, tenga varias páginas de cobertura, se desagregue en notas centrales y recuadros y hasta infografías, y se retome como tema en la sección de opinión o en las columnas editoriales.

Los criterios de noticiabilidad representan, además, valores sociales con los que se identifican los lectores, de ahí que varíen dependiendo del contexto sociocultural en que opera el medio, bajo el que subyacen creencias, actitudes y valores propios de una cultura o sociedad. Tal como afirma Wolf (1996), los valores-noticia actúan difusamente, hasta transformarse en criterios de relevancia aplicados implícitamente por los mismos lectores.

Martini (2004) propone sistematizar los diferentes criterios que operan en la noticiabilidad a través de dos variables básicas: el efecto del acontecimiento sobre la



sociedad y sobre otros medios en términos de transformaciones y la cualidad del acontecimiento en términos de trabajo periodístico y de percepción por los sujetos sociales.

Según los efectos que un acontecimiento puede tener sobre la sociedad, los valores noticia más importantes son: novedad, originalidad, imprevisibilidad e ineditismo, evolución futura de los acontecimientos; importancia y gravedad; proximidad geográfica del hecho a la sociedad, magnitud por la cantidad de personas o lugares implicados, jerarquía de los personajes implicados e inclusión de desplazamientos.

- La novedad está vinculada con lo que irrumpe en el normal orden de la vida. Como gran parte de las noticias tematizan problemas graves o abiertos que requieren desarrollo, deben ser “alimentadas” con información nueva cada día, para evitar desaparecer.
- La originalidad, la imprevisibilidad y el ineditismo refuerzan la marca de novedad de un hecho, permiten su énfasis, apelan a la curiosidad y a la inquietud que provocan. Un hecho original es más noticia porque es más novedad. Los hechos imprevisibles operan con fuerza en los imaginarios sociales, promueven significaciones asociadas a la inseguridad y la amenaza.
- La evolución futura de los acontecimientos marca la significatividad que los hechos adquieren respecto de las expectativas en la sociedad, ya sea que se trate de acontecimientos que deben resolverse o que tengan un desarrollo secuencial. La posibilidad de permitir la evolución futura de la información se relaciona también con la base de la práctica periodística: una noticia es más noticia si se puede construir información a partir de ella durante varios días.



- El grado de importancia y de gravedad de un acontecimiento se mide en varios niveles, y el central es la incidencia sobre la vida de la sociedad, en términos presentes o futuros, y en términos relativos de conmoción. Las noticias nacionales pesan más que las internacionales, a menos que estas últimas refieran hechos que comprometen la nación (guerras, embargos, catástrofes ecológicas, amenazas globales) y las locales son más relevantes que las nacionales cuando afectan a gran número de personas, y tienen consecuencias sobre el futuro de una comunidad.
- La proximidad geográfica de un acontecimiento postula que cuánto más cerca del público ocurre el hecho, más noticiable resulta.
- La magnitud por la cantidad de personas o lugares implicados, plantea que un hecho es más noticiable cuanto más personas o ámbitos geográficos afecta.
- La jerarquía de los personajes implicados en un acontecimiento apela a la inclusión de personalidades conocidas, que siempre son garantía de repercusión social. También adquieren valor de noticiabilidad los hechos protagonizados por personajes comunes, que provocan empatía, que irrumpen con datos graves e imprevisibles o que permiten notas de interés humano o de color.
- La inclusión de desplazamientos resulta significativa, tanto si son conjuntos de personas (manifestaciones, procesiones religiosas) o individuos públicos reconocidos (viajes de un presidente o de un artista famoso). porque son hechos anunciados, previstos, fácilmente abordables, permiten la instalación de series no muy extensas y provocan resultados casi inmediatos.



Por otro lado, los criterios que Martini (2004) propone en relación a las rutinas periodísticas, son: comprensión e inteligibilidad, credibilidad, brevedad, periodicidad y exclusividad o primicia.

- La comprensión e inteligibilidad de un acontecimiento impiden la confusión. Cuando un hecho no es comprensible, el periodismo suele descartarlo o esperar a la obtención de mayor información a través de fuentes alternativas. Un acontecimiento comprensible por lo general permite mostrar resultados, además de generar repercusiones a futuro, uno de los rasgos ideales de una noticia.
- La credibilidad posibilita construir datos confiables, mientras que los hechos de escasa credibilidad enfrentan al periodismo a la posibilidad de violar sus normas tácitas de concisión y brevedad, ya que obligan a realizar complejas operaciones de explicitación y legitimación.
- La brevedad se relaciona con las cualidades descritas anteriormente, y consiste en la posibilidad de construir una noticia en pocas líneas o al menos de manera directa.
- La periodicidad facilita la labor periodística. Los hechos que son habituales y tienen una aparición periódica en los medios son más fáciles de construir y también de interpretar por el público que los consume. Se inscriben en una serie o en una agenda que no necesita mayor explicitación, se puede apelar a los conocimientos supuestos, y permiten recurrir a interpretaciones de especialistas o de figuras públicas.



- La exclusividad o la primicia es uno de los grandes desafíos del periodismo, no sólo permite el éxito que significa la captura de la novedad antes que otros lo hagan, sino que implica la capacidad para contactar fuentes legítimas y privilegiadas y para leer de manera productiva los hechos en la realidad.

Los valores descriptos suelen funcionar en conjunto, no todos ellos son imprescindibles para que un acontecimiento se transforme en noticia. Ciertos acontecimientos, como algunos actos de gobierno reúnen los valores fundamentales de noticiabilidad y no necesitan ni siquiera pasar (en las mismas salas de redacción) por la etapa de selección de manera explícita: el reconocimiento de que deben ser publicados facilita el trabajo periodístico, la selección está implícita en las rutinas de trabajo (son novedad, tienen valor informativo, afectan a la sociedad en su conjunto e incluyen a personajes jerarquizados públicamente), en todo caso se elige dónde ubicarlos y cómo presentarlos, para lo cual también se acude a los valores noticia que representan.

2.3. Comunicación, salud y políticas públicas

Las políticas públicas son aquellas acciones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión que concita la atención, interés o movilización de actores sociales.

Dado que ninguna sociedad posee la capacidad ni los recursos para atender omnímodamente a la lista de necesidades de sus integrantes –señalan Oszlak y O'Donnell (1980)– sólo algunas demandas son “problematizadas”, en el sentido de que ciertas clases, fracciones de clase, organizaciones, grupos o incluso individuos estratégicamente situados, creen que puede y debe hacerse “algo” a su respecto y están



en condiciones de promover su incorporación a la agenda de problemas socialmente vigentes. Se denomina “cuestiones” a estas necesidades y demandas socialmente problematizadas.

Una política pública entonces, es la toma de posición que intenta –o, más precisamente, dice intentar– alguna forma de resolución de estas cuestiones. El hecho de que lo “público” aluda tanto a la gestión de los asuntos de interés general, como también a la necesaria transparencia de la labor gubernamental en relación con dichas cuestiones (Aguilar Villanueva, 1992), hacen de la comunicación una dimensión esencial de las políticas públicas.

Según Jaramillo López (2004), el acceso a información oportuna y de calidad está íntimamente relacionada con hacer efectiva la participación ciudadana y se presenta cada vez con mayor contundencia como un criterio para evaluar la vitalidad democrática de las instituciones de gobierno y la democracia.

Así, la comunicación es consustancial a toda política pública dado que visibiliza los derechos básicos ciudadanos y las fuentes que garantizan su efectiva puesta en marcha. Uranga (2012) asevera que sin que los ciudadanos conozcan en profundidad qué les corresponde por el solo hecho de su condición ciudadana, cualquier política pública puede verse gravemente restringida a las experiencias, opiniones y, eventualmente, a los intereses de los gestores y administradores públicos. De este modo, la información sobre derechos permite un ejercicio activo de la ciudadanía y, también, la demanda en función de lo que a cada uno le corresponde en justicia.



Más aún, la relevancia de la comunicación se expresa a lo largo del ciclo de desarrollo de las políticas públicas y desde el momento mismo en que éstas se originan: cuando determinados aspectos de la realidad se convierten en problemas públicos. La atención de los medios de comunicación, contribuye a que estas problemáticas se ubiquen en el debate y la agenda pública. No obstante, esta circunstancia no implica que estos asuntos sean objeto de algún programa de acción gubernamental, ya que para ello se requiere que se incorporen además a la agenda política, lo que implica un complejo proceso de interacción entre diferentes actores, cada uno con distintos intereses y por tanto con particulares visiones respecto de la cuestión, objeto de debate.

Lo que facilita la incorporación de un problema a la agenda política es el desarrollo de una visión tan compartida como sea posible sobre un determinado problema, que incluya a los políticos, a los técnicos de la administración y a los ciudadanos.

En democracia, las decisiones con implicaciones colectivas han de ser explicadas, argumentadas, con el objeto de lograr el suficiente consenso con actores (partidos políticos, organizaciones sociales, sectores profesionales, etc), cuyas visiones sobre la cuestión, no necesariamente coinciden con las de las instancias públicas.

En ese sentido, la comunicación aporta en la construcción de las deliberaciones previas a favor de uno u otro curso de actuación, y las argumentaciones que fundamentan cada una de las decisiones.

Así toda política pública requiere de estrategias de comunicación, entendidas como la aplicación adecuada y coherente de medios y recursos de comunicación, con la finalidad de generar en primer lugar, los sentidos (políticos, sociales y culturales) que le den sustento argumental a la misma.



Forjar procesos a través de los cuales las políticas públicas alcancen los objetivos y las metas propuestas es otro de los aspectos en los que la comunicación puede aportar, al igual que en la legitimación de la actuación gubernamental. La información sobre las políticas llevadas a cabo y sobre el impacto de sus resultados en la calidad de vida de la ciudadanía, también es decisiva ya que contribuye a favorecer la construcción de lo colectivo. En relación a esta cuestión, Uranga (2012) plantea que si las políticas públicas son el resultado de una suma de decisiones consensuadas en las que intervienen tanto agentes del Estado como actores de la sociedad civil, requieren de procesos de comunicación y, más particularmente, de la comunicación pública comprendida fundamentalmente como “poner en común.” La construcción social de lo público entonces implica –como señala Toro (2001)– pasar del lenguaje privado al lenguaje colectivo, de los bienes privados a los bienes colectivos, de las perspectivas privadas o corporativas a las perspectivas de nación y colectivas.

Por su parte, Bruno (2012) plantea los aportes comunicacionales a las políticas públicas en general y a las sanitarias en particular, en términos de construcción de escenarios de encuentro, concertación y participación para la creación de consensos y propósitos colectivos. Desde esa perspectiva, la autora propone un esquema orientado a proyectar el campo de acción de la comunicación en la política pública y sanitaria de modo amplio, operando por los menos en tres niveles:¹²

¹² Bruno señala que los tres niveles propuestos fueron adaptados del Modelo de Comunicación Pública Organizacional e Informativa para Entidades del Estado elaborado por USAID, Casals y Asociados. Comunicación Pública Estratégica, Bogotá, marzo de 2004, mimeo. Ver Bruno, D. (2012). Comunicación y políticas públicas en la Argentina posneoliberal. Propuestas para una práctica profesional políticamente situada. *Question 1* (34), 14-22.



- a) el nivel de la política: en el que se negocian los contenidos, los recursos y el sentido general de cualquier iniciativa de tal manera que la autoridad política la conozca, apoye su realización y contribuya a su buen resultado legitimándola y convocando a otros para que participen en ella;
- b) el nivel organizativo: en el que se activan redes de mediación y de concertación mediante la construcción de espacios de encuentro y concertación con formadores de opinión, comunidad universitaria, gremios, sindicatos, organizaciones sociales;
- c) el nivel comunitario o social en el que se ubican las acciones comunicativas que interpelan a la sociedad en general o grupos específicos con el fin de instalar temas y enfoques en la agenda mediática y promover el diálogo y la coordinación multiactoral y multisectorial.

Pensar la comunicación desde esta perspectiva permite situarla en un amplio dominio, que recupera la pluralidad de actores, espacios, objetivos, estrategias, intereses, tensiones y conflictos, que son insoslayables sobre todo si consideramos la complejidad que caracteriza al sistema público de salud de Argentina, vinculada en gran medida con la fragmentación o coexistencia desarticulada de los subsectores que lo conforman. Como señalan Isuani y Mercer (1986), los tres sectores en los que se estructura el sistema sanitario son el sedimento de políticas sociales, a veces contradictorias que como capas geológicas se han superpuesto sin integrarse, generando una dispersión de esfuerzos que se expresa en alta concentración de recursos en algunos lugares y desprotección en otros, carencias materiales junto con presupuestos cuantiosos mientras que los niveles de morbimortalidad señalan las dificultades de una adecuada atención médica para llegar a toda la población.



Esta configuración es el resultado de un dinámico juego entre la sociedad civil y el Estado con la mediación del sistema político, cambiante con los tiempos y los contextos históricos. Las reiteradas rupturas institucionales con su impacto sobre la continuidad de las políticas estatales, el peso de intereses corporativos, la sumatoria de decisiones instrumentales que buscaron favorecer a determinados actores del sistema de salud, las incompetencias recurrentes y también ciertos aciertos contribuyeron a cristalizar el actual sistema, signado por la multiplicidad de jurisdicciones, la superposición de prestaciones, la sub y sobre utilización de recursos, la estratificación en el acceso a los servicios y las dificultades para definir prioridades.

Así, la considerable fragmentación institucional del sistema plantea como imperativo a la comunicación que los abordajes que se proyecten contemplen el fortalecimiento de las capacidades institucionales tendientes a la articulación y coordinación de actores y organizaciones, a fin de contribuir a favorecer acciones más equitativas e integradas para aportar, de modo sustantivo a las políticas sanitarias.



Capítulo 3. La salud en los medios gráficos

La salud ha ido ocupando cada vez más espacio en los medios de comunicación. La incorporación de secciones y de suplementos en diarios, la creación de publicaciones especializadas, la inclusión de segmentos y programas en radio y televisión –y en los últimos años– la fabulosa multiplicación de información sobre esta temática en la web, son algunas de las expresiones de esta tendencia.

El creciente espacio informativo sobre salud en los medios es indicativo del interés de diversos sectores sociales por estas cuestiones. Además de las cuantiosas cifras que vuelcan en publicidad la industria farmacéutica y otras empresas del sector, una diversa variedad de actores –políticos y gestores, organizaciones sociales, empresas de medicina prepaga, obras sociales– manifiestan un gran interés en convertir la información sobre salud en noticias, en un escenario signado además por la creciente preocupación por la salud y el cuerpo.

En ese marco, la población utiliza cada vez más los medios de comunicación para informarse sobre enfermedades, tratamientos y consejos saludables y también para contrastar los diagnósticos o prescripciones formuladas por los médicos, que no sólo dejaron de constituir la exclusiva fuente de información sanitaria para la población: en muchos casos ni siquiera son la principal.

3.1. ¿Cuánto hablan los medios de salud?

La fuerte presencia de la salud en la agenda mediática es uno de los hallazgos de este estudio. En ese sentido, la Tabla IV muestra la cantidad de notas sobre salud que los diez periódicos publicaron durante 2012: un total de 5197 materiales, 14 noticias diarias en promedio.



Tabla IV. Materiales periodísticos sobre salud mes por mes – 2012

Mes	Ámbito Financiero	Bae	Clarín	Crónica	Diario Popular	El Cronista	La Nación	La Prensa	Página 12	Tiempo Argentino	Total
Enero	16	9	84	39	42	4	55	78	53	84	464
Febrero	10	15	44	21	32	9	46	66	35	62	340
Marzo	31	39	95	40	62	17	59	98	81	101	623
Abril	16	17	103	46	49	5	34	83	55	54	462
Mayo	3	13	60	43	30	12	30	54	47	52	344
Junio	6	18	62	47	30	7	33	49	46	44	342
Julio	18	31	70	42	37	9	51	109	71	72	510
Agosto	12	23	76	35	37	14	60	92	65	66	480
Septiembre	18	32	71	35	36	17	58	83	63	70	483
Octubre	17	28	81	33	42	9	58	62	58	98	486
Noviembre	16	23	57	40	31	11	32	69	49	74	402
Diciembre	10	6	52	20	25	8	26	48	31	35	261
Total	173	254	855	441	453	122	542	891	654	812	5197

Respecto de la distribución de las notas publicadas por medio, la Tabla IV muestra como orden resultante –de mayor a menor–, el siguiente: *La Prensa* (891); *Clarín* (855); *Tiempo Argentino* (812); *Página 12* (654); *La Nación* (542); *Diario Popular* (453); *Crónica* (441); *Bae* (254); *Ámbito Financiero* (173) y *El Cronista Comercial* (122).

Asimismo, el que se consigna a continuación es el promedio de notas diarias sobre salud en cada uno de los diarios: *La Prensa* (2,44); *Clarín* (2,34); *Tiempo Argentino* (2,22); *Página 12* (1,79); *La Nación* (1,48); *Diario Popular* (1,24); *Crónica* (1,20); *Bae* (0,70); *Ámbito Financiero* (0,47) y *El Cronista Comercial* (0,33), muestra que en siete de los diez periódicos analizados hay en promedio, al menos una noticia diaria sobre salud.



Respecto de la distribución mes a mes de las noticias, de la misma tabla se desprende que marzo fue el mes de mayor publicación de artículos sobre salud (623). El fallo de la Suprema Corte de Justicia, que dictaminó el carácter no punible del aborto en todos los casos de violación en el país, fue el tema que mostró mayor magnitud de notas, expresando –más allá de la indiscutible relevancia de esta problemática–, el claro interés mediático por temas controvertidos de la realidad.

Por otra parte, la amplitud de cuestiones que engloba la salud –que refiere simultáneamente a un proceso que hace a la vida y la muerte, a un derecho humano y social que determina la implementación de políticas y a una de las más importantes “industrias” del sector servicios–, se reflejó en la cobertura mediática, la que mostró un “collage” temático que incluyó un extenso conjunto de perfiles: Aborto, Accidentes, Alcohol, Botulismo, Cáncer, Casos, Celiaquía, Chagas, Dengue, Discapacidad, Empresas, Gripe, Hantavirus, Investigaciones, Leptospirosis, Leishmaniasis, Medicamentos, Meningitis, Obras sociales, Prepagas, Salud ambiental, Salud infantil, Salud internacional, Salud mental, Salud pública, Salud sexual y reproductiva, Trasplantes, Tuberculosis, Vida saludable y VIH-SIDA.

No todos los temas de esa totalidad fueron igualmente noticiosos. Los diez primeros perfiles temáticos (los que presentaron la mayor cantidad de notas periodísticas), que se describen a continuación, concentraron el 69% de la totalidad de los materiales publicados:

- Aborto: incluyó las noticias acerca del fallo de la Corte Suprema de Justicia sobre abortos no punibles, las repercusiones a nivel nacional y provincial, las iniciativas sobre despenalización del aborto y los casos de niñas abusadas.



- Salud Pública: abarcó materiales sobre la multiplicidad de programas, recursos y prestaciones del sistema público de atención; inversiones, obras e infraestructura; conflictos, medidas de fuerza de los trabajadores de la salud y denuncias de los usuarios acerca de la atención.
- Cáncer: reunió materiales sobre diferentes tipos de tumores, factores de riesgo, prevención, diagnóstico, tratamiento, cuidados paliativos, investigación, personalidades públicas, historias de vida y políticas públicas.
- Vida saludable: incluyó notas sobre prevención de enfermedades, promoción de pautas y hábitos saludables y detección temprana a través de controles de salud.
- Trasplantes: abarcó avances médicos e historias humanas referentes a donación y trasplante de órganos.
- Salud Sexual y Reproductiva: se refirió a derechos sexuales; identidad de género, minorías sexuales; métodos anticonceptivos y embarazo.
- Salud infantil: reunió notas sobre pautas de cuidado de la salud respecto de enfermedades prevalentes en la infancia.
- Obras Sociales: comprendió materiales sobre conflictos entre gobierno y obras sociales sindicales por manejo de fondos, prestaciones para afiliados y denuncias.
- Prepagas: incluyó artículos referidos a prestaciones, aumentos de aranceles y conflictos.
- Medicamentos: abarcó noticias sobre políticas de producción pública, trazabilidad de fármacos; avances de la industria de laboratorios y recomendaciones sobre uso racional de medicamentos.

La siguiente tabla (V) muestra cuáles fueron los diarios que reflejaron en mayor medida los diez primeros perfiles temáticos de salud.



El perfil ‘Aborto’ fue abordado en primer lugar por *Página 12*, ya sea a través de la cobertura de las repercusiones del fallo de la Corte Suprema de Justicia sobre abortos no punibles o a través de materiales periodísticos que reivindicaron el derecho de las mujeres en general a la interrupción voluntaria del embarazo; el perfil ‘Salud pública’ fue enfocado en mayor medida por *La Prensa*, que se ocupó de difundir principalmente las políticas y programas de la cartera sanitaria nacional; ‘Cáncer’, ‘Vida saludable’, ‘Salud sexual y reproductiva’, ‘Obras sociales’ y ‘Prepagas’ fueron tratados en primer lugar por *Clarín*, diario que se distinguió, por publicar la mayor cantidad de materiales sobre la mayor parte de los perfiles; ‘Trasplantes’, fue abordado mayormente por *Crónica*, principalmente a partir de historias de personas que fueron trasplantadas y ‘Salud infantil’ y ‘Medicamentos’ fueron cubiertos en gran medida por *La Prensa*.

Tabla V. Diez principales perfiles temáticos de los materiales sobre salud - 2012

Tema	Ámbito Financiero	Bae	Clarín	Crónica	Diario Popular	El Cronista	La Nación	La Prensa	Página 12	Tiempo Argentino	Total
Aborto	32	18	82	22	41	6	39	67	204	146	657
Salud Pública	20	33	60	57	66	10	54	120	59	116	595
Cáncer	10	26	116	52	39	5	71	82	68	71	540
Vida Saludable	6	14	97	25	47	3	60	81	15	46	394
Salud Sexual	8	12	69	23	20	0	32	47	52	55	318
Trasplantes	4	9	51	73	43	0	17	62	5	35	299
Salud Infantil	3	9	35	35	17	4	28	60	21	38	250
Obras Sociales	30	25	35	19	13	19	30	28	10	20	229
Prepagas	6	14	34	4	11	28	22	12	13	20	164
Medicamentos	5	18	18	8	18	10	8	35	18	18	156
Total	126	181	574	318	323	105	349	600	459	567	3602

Por otro lado, el análisis de la cobertura puso en evidencia –como afirma Waisbord (2011) – que lo que es importante desde el punto de vista epidemiológico no necesariamente tiene valor informativo, dado que “la priorización científica y médica de



determinados tipos de problemas no siempre se conjuga con las normas y las rutinas de trabajo de las redacciones” (p.194).

En nuestro caso, el perfil epidemiológico del país se reflejó sólo parcialmente, dado que las notas se enfocaron en gran medida en las ECNT, sus factores de riesgo y pautas preventivas, tal como lo señalan los perfiles ‘Vida saludable’ y ‘Cáncer’ -que ocupan respectivamente el segundo y tercer lugar entre los diez primeros temas. En contraposición, problemáticas sanitarias infecciosas, relevantes epidemiológicamente como ‘Chagas’ (37), ‘Dengue’ (61), ‘Gripe’ (112), ‘Leishmaniasis’ (2), ‘Leptospirosis’ (6), ‘Meningitis’ (7), ‘Tuberculosis’ (5) y ‘VIH-SIDA’ (103) – que quedaron fuera de los diez primeros perfiles por su número de notas– evidenciaron un menor interés mediático.

Por otra parte, las coberturas mediáticas reflejaron en gran medida la complejidad del sistema de atención, las específicas lógicas de funcionamiento de los subsectores que lo conforman y sus particulares tensiones: de hecho tanto ‘Salud pública’ como ‘Obras sociales’ estuvieron entre los diez primeros perfiles de salud por la magnitud de materiales producidos. Los medios gráficos se hicieron permanentemente eco de los conflictos sectoriales: tanto de las medidas de fuerza de los trabajadores de la salud del sector público en pos de mejorar los salarios y las condiciones laborales, como de las disputas de sectores sindicales con el gobierno por el manejo de los fondos de la seguridad social, así como también de las pujas del sector privado por maximizar sus márgenes de rentabilidad y los intentos de respuestas regulatorias por parte del gobierno, reflejando ampliamente de este modo la compleja trama de actores, intereses y tensiones que configuran el sistema de salud de Argentina.

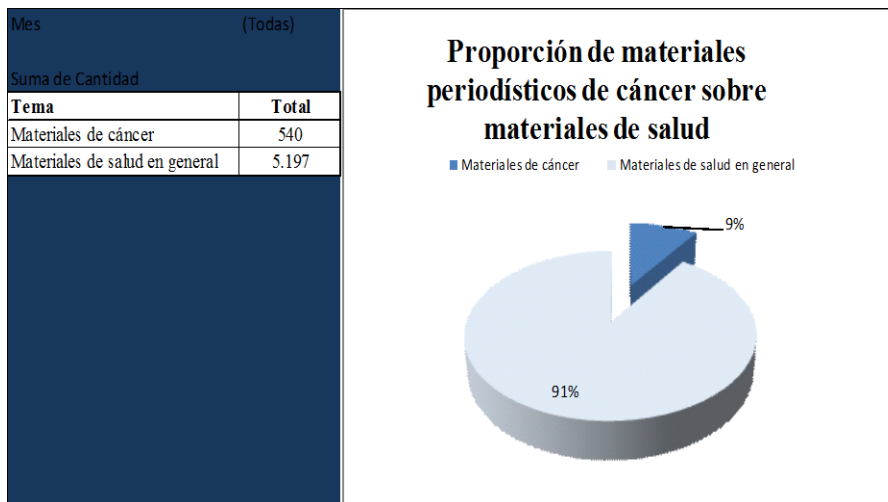


Capítulo 4. El cáncer en los medios gráficos

4.1. ¿Cuánto hablan los medios de cáncer?

En el conjunto de temas de salud publicados por la prensa gráfica local, las noticias sobre cáncer ocuparon una posición relevante: el tercer lugar, con 540 notas periodísticas, el 10% del total de temas publicados. Evidentemente ciertos rasgos característicos del cáncer como la inquietante preocupación que genera o su gravedad -en virtud de los altos niveles de mortalidad que produce- inciden en su fuerte presencia en la agenda mediática.

Gráfico I. Proporción de materiales periodísticos de cáncer sobre materiales de salud.



Por otra parte, fue heterogénea la magnitud de la cobertura del cáncer en los diferentes diarios. *Clarín* (21%) y *La Prensa* (15%) presentaron los mayores porcentajes de materiales publicados; *La Nación*, *Tiempo Argentino* y *Página 12* mostraron el mismo porcentaje (13%), más atrás quedaron *Crónica* (10%) y *Diario Popular* (7%) y por último,



Ámbito Financiero, Bae, y El Cronista Comercial en conjunto, apenas mostraron un 8% en total.

Si se comparan estos datos con los porcentajes de materiales publicados sobre salud en general, las tendencias son semejantes, ya que son los mismos diarios (*La Prensa, Clarín, La Nación, Tiempo Argentino y Página 12*) los que concentran la mayor cantidad de artículos.¹³

Tabla VI. Materiales periodísticos sobre cáncer mes a mes % y % acumulados

Medios gráficos	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Total	% parcial	% acumulado
Clarín	25	4	4	8	12	12	12	11	4	12	7	5	116	21%	76%
La Prensa	5	7	4	7	5	7	9	9	11	6	7	5	82	15%	
La Nación	18	6	1	4	4	5	8	11	4	3	1	6	71	13%	
Tiempo Argentino	16	4	1	2	9	9	4	3	3	6	11	3	71	13%	
Página 12	13	3	2	6	6	8	10	5	2	6	6	1	68	13%	
Crónica	6	1	4	9	7	8	2	7	2	3	1	2	52	10%	24%
Diario Popular	4	2	0	3	6	5	3	7	0	3	3	3	39	7%	
Bae	0	3	1	1	1	4	1	5	3	5	2	0	26	5%	
Ámbito Financiero	1	0	0	2	0	0	0	1	1	3	0	2	10	2%	
El Cronista	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	5	1%	
Total													540	100%	

Los materiales sobre cáncer se concentraron en diferentes ejes a lo largo de 2012: en enero focalizaron en el tumor de tiroides de la Presidenta Cristina Fernández de

¹³ Los porcentajes de las coberturas que presentan los diarios respecto de temas de salud en general son los siguientes: *La Prensa* (17,14%); *Clarín* (16,45%); *La Nación* (10,42%); *Tiempo Argentino* (15,62%) y *Página 12* (12,58%).



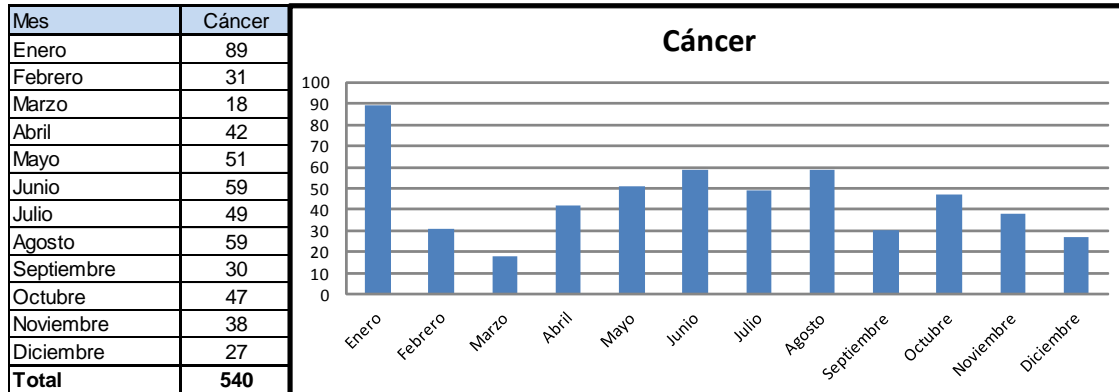
Kirchner; en febrero, el cáncer infantil ocupó el primer lugar; en marzo, fue el cáncer de mama el perfil prioritario; en abril, mayo y junio el primer lugar lo ocupó tabaco, en julio, el tema más relevante fue Hepatitis B, -causa de cáncer de hígado- en agosto y septiembre, nuevamente tabaco; en octubre, cáncer de mama; en noviembre, tabaco y en diciembre, nuevamente cáncer de mama. Así, tabaco fue el contenido que mostró la mayor cantidad de materiales a lo largo de seis meses, y cáncer de mama, en tres meses. Las posiciones que ocuparon ambos perfiles guardaron relación con sus respectivas relevancias epidemiológicas: alrededor del 70% de la carga de cáncer de pulmón puede atribuirse al tabaquismo como única causa, además de ser causa de numerosos tumores (esófago, laringe, boca, garganta, riñón, vejiga, páncreas, estómago y cuello del útero) y el cáncer de mama es el de mayor incidencia en mujeres, con 18.000 casos nuevos por año y la primera causa de muerte por tumores en mujeres, con una mortalidad estimada en 5400 fallecimientos anuales.¹⁴

Por otra parte, la distribución mes a mes de las noticias se muestra en la Tabla VII, en la que enero, junio y agosto aparecen como los meses en que se difundieron mayor cantidad de materiales sobre cáncer. Como se señaló anteriormente, el primer mes del año el tumor de tiroides de la Presidenta Cristina Fernández de Kirchner hegemonizó las coberturas mediáticas, mientras que en junio y agosto el tabaco generó la mayor cantidad de materiales periodísticos sobre cáncer.

¹⁴El cáncer de mama en cifras en la Argentina, INC. Ver <http://www.msal.gov.ar/inc/index.php/acerca-del-cancer/canceres-mas-frecuentes/cancer-de-mama>.



Tabla VII y Gráfico II. Materiales periodísticos sobre cáncer mes a mes



4.2. ¿Cómo hablan los medios de cáncer?

El análisis del abordaje mediático se desarrolló en base a un conjunto de perfiles temáticos, cuyo contenido se aborda a continuación.

4.2.1. Cáncer

En los materiales fueron inexistentes las referencias al amplio grupo de enfermedades que agrupa el término genérico “cáncer”. En consecuencia, no existieron referencias sobre las heterogéneas posibilidades de prevención, diagnóstico y tratamiento de cada uno de los tumores malignos. Del mismo modo, los artículos no abordaron las razones por las cuales las células se vuelven cancerosas. Tampoco enfocaron una distinción clave: la que diferencia a los tumores benignos, de los malignos o cáncer propiamente dicho. Una de las características esenciales del cáncer –la metástasis–, tampoco fue referida. Asimismo, no se incluyó información sobre su naturaleza multifactorial, las particulares características y el modo en que gravita cada uno de los factores de riesgo.



En ese sentido, *Clarín* fue uno de los medios que se distinguió por presentar abordajes más “contextualizados” sobre el cáncer. En diferentes notas se planteó la importancia de derribar la visión del cáncer como condena de muerte, por la conveniencia de evitar reproducir estigmas que desalientan los controles de salud,¹⁵ y también por las actuales posibilidades de prevención, tratamiento, cura y control. Se visibilizó además la importancia de evitar sobredimensionar las posibilidades preventivas¹⁶ y sobre todo las del tamizaje –dado que contrariamente a la conocida idea del carácter universalmente dañino y fatal del cáncer–, ciertos tumores son indolentes, con lo cual hacer más estudios clínicos no siempre ayuda a cuidar la salud.¹⁷ También se enfocó en los numerosos mitos que impiden la prevención y detección temprana,¹⁸ así como en la realidad epidemiológica del cáncer en Argentina para visibilizar su real magnitud.¹⁹ Recalcamos el tratamiento de estas cuestiones por parte de *Clarín*, porque permiten visibilizar los reales alcances de la prevención y la detección del cáncer, además ser escasamente abordadas por los medios de comunicación en general.

¹⁵ “Finalmente, el trabajo de los oncólogos se ha vuelto menos frustrante”. Entrevista al Dr. Ricardo Kirchuk, *Clarín*, 18 de noviembre de 2012. “Siempre digo que es un mal grave, pero nunca un cáncer”, Entrevista a la Dra. Rosa Levin, *Clarín*, 3 de febrero de 2012.

¹⁶ “Tener una vida saludable no elimina el riesgo del cáncer”, entrevista al Dr. Alberto Cormillot, *Clarín*, 5 de junio de 2012.

¹⁷ “Hacernos más estudios clínicos no siempre ayuda a cuidar nuestra salud”, entrevista al Dr. Aldo Barsanti, *Clarín*, 4 de noviembre de 2012.

¹⁸ “Los mitos sobre el cáncer son una traba para la prevención”, *Clarín*, 2 de octubre de 2012.

¹⁹ “Las muertes por cáncer bajaron un 10% en 30 años”, *Clarín*, 25 de enero de 2012; “El cáncer de tiroides es el décimo que más afecta a las argentinas”, *Clarín*, 5 de enero de 2012.



4.2.2. Tipos de cáncer

Ciertos tumores recibieron una cobertura periodística mucho mayor. En concreto, el cáncer de mama fue el más tratado, seguido a distancia de los de otras localizaciones (cuello de útero, piel, próstata y colorrectal). Como se señaló anteriormente, la relevancia de este tipo de cáncer, el de mayor incidencia y mortalidad en Argentina, se reflejó a través del importante lugar otorgado por los medios gráficos locales.

La mayor historia de visibilización de esta problemática –derivada de una tradición programática pública de considerable antigüedad en relación a la de otros tipos de cáncer– así como también la gran cantidad de actores de la sociedad civil que se movilizan y abogan por mejores respuestas sanitarias, son los principales factores que incidieron en la magnitud de esta cobertura.

El tratamiento de este tipo de tumores que fue sostenido a lo largo de todo el año, se profundizó en fechas clave: “Día Internacional de la Mujer”; “Mes de Concientización del Cáncer de Mama” y “Día Mundial de Lucha contra el Cáncer de Mama”. En ese marco, la muestra artística del INC “Buscando miradas²⁰”, tuvo considerable repercusión mediática, al igual que numerosos eventos de distintas organizaciones y empresas: Sociedad Argentina de Mastología, Liga Argentina de Lucha Contra El Cáncer (LALCEC), Movimiento Ayuda Cáncer de Mama (MACMA), Fundación para la Investigación, Docencia y Prevención del Cáncer (FUCA), Fundación Avon, Centro de la Mujer del Hospital Italiano, Biferdil, Centro de Diagnóstico Rossi, Cámara Argentina

²⁰ La muestra Buscando miradas del INC se realizó en el Centro Cultural Borges de la Ciudad de Buenos Aires en diciembre de 2012, con el objetivo de brindar un espacio de expresión para las personas que experimentaron, ya sea como pacientes, como familiares o amigos, cáncer de mama, como un modo de sensibilizar acerca de una problemática, que presenta anualmente en el país alrededor de 18 mil nuevos casos, además de estimarse en más de 70.000, las argentinas que actualmente tienen ese diagnóstico.



de la Industria de la Cosmética y Perfumería, *The Estée Lauder Companies* y Phillips, que se realizaron en el mes de octubre para sensibilizar sobre la importancia de la detección oportuna. Todos los artículos destacaron la importancia del diagnóstico mediante mamografía, sin embargo, manifestaron disparidad de criterios en indicaciones sobre la edad de comienzo y frecuencia de realización del estudio, así como también respecto de la utilidad de la práctica del autoexamen mamario.

Francamente minoritarios fueron los materiales que abordaron –además de recomendaciones de detección temprana–, la incidencia de la calidad de la atención del sistema de salud en esta problemática. En ese sentido, Clarín²¹ y La Nación²² fueron los únicos medios que presentaron en sendos artículos miradas críticas, basadas en resultados de un diagnóstico de la Unión Latinoamericana Contra el Cáncer de la Mujer (ULACCAM), sobre la atención del cáncer de mama en Argentina y otros países de la región. Estos artículos destacaron las desigualdades en la disponibilidad de recursos financieros, tecnológicos y humanos para enfrentar una patología que *“constituye la principal causa de muerte por tumores en Argentina, país que además presenta la segunda tasa de mortalidad del continente (21,8 por 100 mil), sólo superada por Uruguay (24,1 por 100 mil)”*. Otro manifiesto de ULACCAM publicado por La Nación²³ fue en la misma tónica, denunciando los déficits de la respuesta institucional –la demora en la primera consulta, la baja especialización médica en la "lectura" de las imágenes mamarias y la falta de coordinación de los sistemas de salud–, que generan que los

²¹ “Fuerdes desigualdades en la lucha contra el cáncer de mama en el país”, *Clarín*, 8 de marzo de 2012.

²² “Se podría evitar el 10% de las muertes por cáncer mamario”, *La Nación*, 8 de marzo de 2012.

²³ “Cada 30 minutos, a 18 mujeres se les diagnostica un cáncer”, *La Nación*, 26 de septiembre de 2012.



cánceres de las mujeres –altamente prevenibles y tratables–, sigan siendo una sentencia de muerte en la región latinoamericana.

Diferente fue la cobertura del resto de los tumores de gran incidencia y mortalidad. El tratamiento mediático del cáncer de pulmón (que ocupa en el país la tercera posición en términos de incidencia con 11.244 casos nuevos anuales y la primera en relación con la mortalidad que produce, con 9230 decesos al año) muestra un caso muy particular.

La más que evidente etiología e incidencia social de este cáncer específico pareciera influenciar en soslayarlo informativamente, dado que los abordajes periodísticos destacaron permanentemente al tabaco como causante de cáncer pero no se refirieron específicamente a este tipo de tumor.²⁴

Por otra parte, el cáncer de próstata (que presenta más de 13.000 casos nuevos y más de 3800 fallecimientos anuales en Argentina), demostró ser de escasísimo interés. Lo mismo sucedió con cáncer colorrectal relevante tanto en incidencia (más de 11.000 casos nuevos) como en mortalidad (más de 6700 decesos anuales). Ni siquiera su efeméride –marzo fue designado el mes de su concientización– impulsó su abordaje mediático. La escasa visibilización de este tipo de cáncer, sin duda no sólo es efecto de la inexistencia de una política pública específica por largo tiempo en Argentina,²⁵ sino

²⁴ Perspectiva que no resulta incorrecta dado que el tabaquismo produce además de cáncer de pulmón, tumores de esófago, laringe, boca, garganta, riñón, vejiga, páncreas, estómago y cuello del útero.

²⁵ La primera respuesta institucional en Argentina: el Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana del Cáncer Colorrectal del Instituto Nacional del Cáncer del Ministerio de Salud de la Nación, fue oficializado por Resolución Ministerial N° 2173 el 30 de diciembre de 2013. La única nota en relación a este tema (“Impulsan un Plan Nacional contra el Cáncer de Colon”), fue publicada por La Prensa, el 11 de marzo de 2012.



también de encarnar en mayor medida –como lo han demostrado varios estudios– un carácter tabú.²⁶

El cáncer de cuello de útero, cuya incidencia ronda los 3000 casos nuevos y 1800 fallecimientos anuales, obtuvo mayor tratamiento que los dos anteriores, se enfocó básicamente en la vacuna VPH,²⁷ en ese marco se abordaron desde las pautas de aplicación de esa inmunización hasta la relación del VPH con este tipo de cáncer. También se difundieron denuncias sobre los bajos niveles de cobertura de esta vacuna en la Ciudad de Buenos Aires y sobre la oposición de algunos colegios confesionales de la provincia de Mendoza a que sus alumnas reciban la vacuna; en menor medida los diarios se ocuparon del Test de VPH, que comenzó a implementarse en 2011 en Jujuy, provincia de alta incidencia del cáncer de cuello uterino. El medio que se ocupó en mayor medida de este tema, fue *Página 12*, que recalcó los beneficios del nuevo dispositivo para enfrentar tanto dificultades subjetivas (el pudor de las mujeres cuando el que toma las muestras es un médico varón) como objetivas (la falta de profesionales en zonas

²⁶ “El CCR es un gran desconocido. El extendido desconocimiento sobre los síntomas, las causas y la evolución así como su prevención, detección y tratamiento se vincula con prejuicios, inhibiciones y pudores relativos a lo anal, que se configuran como los principales obstáculos emocionales, morales, normativos y culturales para la prevención y detección temprana”. Ver Ramos, S., Aguilera, A., Capriati, A., Lehner, P., Peña, L y Tamburrino, M. (2012). “Estudio cualitativo sobre significaciones socioculturales, conocimientos y prácticas relativas al cáncer de mama, cuello de útero y colon. Informe sobre revisión de la literatura”. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), pp. 47-48.

²⁷ “Lo que hay que saber sobre las vacunas”, *La Nación*, 9 de abril de 2012; “Capital es el distrito donde menos chicas se vacunaron contra el VPH”, *Clarín*, 23 de mayo de 2012; “El plan de prevención sigue en deuda”, *Clarín*, 13 de junio de 2012; “Impiden en algunos colegios de Mendoza la inoculación contra el VPH”, *La Prensa*, 12 de agosto de 2012; “Mendoza: colegios católicos no aconsejan vacuna del papiloma”, *Crónica*, 11 de agosto de 2012.



apartadas), en sintonía con la perspectiva de género que imprime en sus artículos sobre salud pública.²⁸

El cáncer en la infancia mereció una escasa cobertura mediática, tal es así que quedó acotado mayormente a su fecha alusiva: 13 de febrero, “Día Internacional de Lucha contra el Cáncer Infantil”, cuando todos los diarios cubrieron una actividad organizada por la Fundación Natalí Flexer para niños con cáncer.²⁹ Sólo uno de los periódicos:

Diario Popular incluyó signos de alerta para la detección precoz (descenso de peso, bultos, dolores en los huesos, fiebre prolongada y/o cambio de conducta de los chicos), aspecto importante dado que ante la imposibilidad de prevenirlo, la única respuesta al cáncer infantil es la detección temprana.³⁰ Durante el resto del año la problemática se ausentó de la agenda mediática.

4.2.3. Factores de riesgo

4.2.3.1. Genéticos

Estos factores no generaron interés. Sólo un artículo de *Crónica*³¹ informó la constitución de un registro de cáncer heredo-familiar destinado a beneficiarios de una obra social con antecedentes personales y familiares con cáncer, para realizar estudios preventivos y tratamientos.

²⁸ “Autotest para detectar el VPH”, *Página 12*, 3 de mayo de 2012; “VPH”, *Página 12*, 2 de julio de 2012. A modo de ejemplo puede mencionarse la nota “Las mujeres asocian el cáncer de cuello de útero a la clandestinidad del aborto”, *Página 12*, 30 de marzo de 2012

²⁹ “Día de cáncer infantil”, *Clarín*, 12 de febrero de 2012; “Una jornada dedicada a los niños que padecen cáncer”, *Crónica*, 14 de febrero de 2012; “Niños tratados por cáncer disfrutaron”, *Diario Popular*, 14 de febrero de 2012; “Un día para tomar conciencia”, *Bae*, 10 de febrero de 2012; “Hacer visible el cáncer infantil”, *La Nación*, 16 de febrero de 2012; “Se detectan anualmente 1300 casos de cáncer en niños”, *La Prensa*, 16 de febrero de 2012; “Cáncer pediátrico: más allá de la medicina”, *La Prensa*, 12 de febrero de 2012.

³⁰ “Destacan que el 80% de los chicos con cáncer se curan”, *Diario Popular*, 12 de febrero de 2012.

³¹ “Registro heredofamiliar”, *Crónica*, 28 de junio de 2012.



4.2.3.2. Hábitos y estilos de vida

El factor de riesgo más cubierto por los medios fue el tabaco, con 138 materiales (ver Tabla VIII). Su tratamiento no se limitó a señalar el daño a la salud o la responsabilidad individual por esa conducta, también enfocó en la principal política de respuesta, la Ley Nacional de Prevención y Control del Tabaco (Nº 26.687). Algunas de sus medidas, como la inclusión de imágenes impactantes en los paquetes de cigarrillos sobre el daño del tabaco, generaron alto interés mediático.³²

El 31 de mayo de 2012 en ocasión de celebrarse el “Día Mundial sin Tabaco”, los diarios nutrieron sus agendas de numerosos materiales alusivos: el reconocimiento del Ministerio de Salud de la Nación a 146 empresas e instituciones libres de humo,³³ la denuncia de la Alianza Libres de Humo de Tabaco en Argentina (ALIAR) sobre la falta de reglamentación de la Ley Nacional de Prevención y Control del Tabaco Nº 26.687,³⁴

³² La campaña centrada en la inclusión de imágenes en cajas de cigarrillos apareció en todos los medios gráficos: “Lanzan shokeante campaña contra el cigarrillo”, *Ámbito Financiero*, 24 de abril de 2012; “Los atados de cigarrillos tendrán fuertes imágenes de advertencias”, *Clarín*, 24 de abril de 2012; “Paquetes de cigarrillos tendrán textos directos sobre el cáncer”, *Diario Popular*, 24 de abril de 2012; “El tabaquismo y sus daños en imágenes”, *La Nación*, 24 de abril de 2012; “Los daños que ocasiona el tabaco serán expuestos en las marquillas”, *La Prensa*, 24 de abril de 2012; “Una imagen vale más que mil pitadas”, *Página 12*, 24 de abril de 2012; “Los cigarrillos vendrán con mensajes directos sobre los daños a la salud”, *Tiempo Argentino*, 24 de abril de 2012; “Fumar produce cáncer”, *Crónica*, 24 de abril de 2012. Asimismo, la prórroga concedida por el Ministerio de Salud de la Nación a las compañías tabacaleras, que extendió el plazo de implementación a octubre de ese año también fue de interés mediático: “Extendieron el plazo para las tabacaleras”, *Crónica*, 23 de junio de 2012; “Prorrogan por 4 meses publicidad antitabaco”, *Diario Popular*, 23 de junio de 2012; “Posponen los mensajes antitabaco en los paquetes de cigarrillos”, *La Prensa*, 23 de junio de 2012; “Más plazo para adecuar marquillas”, *La Nación*, 23 de junio de 2012.

³³ “Premian a los que trabajan libres de humo”, *La Prensa*, 31 de mayo de 2012; “2600 entidades libres de humo en Argentina”, *Diario Popular*, 1º de junio de 2012.

³⁴ “Las deudas en la lucha contra el tabaco”, *Página 12*, 31 de mayo de 2012; “Un año de un país con humo regulado”, *Bae*, 14 de junio de 2012; “Ley antitabaco: todavía no la reglamentaron y falta control”, *Clarín*, 13 de junio de 2012; “A un año de un país con humo regulado”, *Tiempo Argentino*, 14 de junio de 2012.



además del avance por primera vez en la historia judicial argentina, de una demanda colectiva y multimillonaria contra las dos grandes empresas tabacaleras.³⁵

Por otra parte, varios diarios publicaron materiales sobre dos modelos de políticas antitabaco a emular: la de Nueva Zelanda, tendiente a convertirse en 2025 el primer país libre de humo del mundo³⁶ y la de Australia, que obliga a las tabacaleras a reemplazar los atractivos diseños de sus marquillas por *packagings* diseñados para ser “desagradables.”³⁷

La participación de Argentina por primera vez en la Encuesta Mundial de Tabaquismo (EMTA), por iniciativa del Ministerio de Salud de la Nación para obtener datos que sustenten la formulación de políticas apareció en varios diarios.³⁸ Del mismo modo que sus resultados, que fueron divulgados en ocasión de la otra gran efeméride de la cruzada antitabaco: el Día Internacional del Aire Puro.^{39 40}

³⁵ “Avanza una demanda contra las tabacaleras”, *Clarín*, 31 de mayo de 2012.

³⁶ “Nueva Zelanda, el país del mundo en que los cigarrillos tiene precio más alto”, *La Nación*, 28 de mayo de 2012; “Tabaco: seguir el ejemplo de Nueva Zelanda”, *La Nación*, 4 de julio de 2012.

³⁷ “Cigarrillos con antimarketing”, *Página 12*, 16 de agosto de 2012; “Dura ley antitabaco en Australia: paquetes iguales y fotos de úlceras”, *Tiempo argentino*, 16 de agosto de 2012

³⁸ “Encuesta mundial sobre el tabaquismo”, *La Nación*, 14 de mayo de 2012; “Encuesta sobre tabaco”, *Página 12*; 15 de mayo de 2012; “Encuesta sobre tabaquismo”, *Tiempo Argentino*, 14 de mayo de 2012; “Encuesta Mundial sobre tabaquismo”, *Crónica*, 15 de mayo de 2012, “Comienza hoy Encuesta Mundial de Tabaquismo”, *Diario Popular*, 15 de mayo de 2012.

³⁹ “El humo de tabaco suma daños”, *Página 12*, 13 de noviembre de 2012; “Un adiós masivo al cigarrillo”, *Página 12*, 14 de noviembre de 2012; “39% de los fumadores abandonó el hábito”, *Diario Popular*, 14 de noviembre de 2012; “Más de 700.000 argentinos dejaron de fumar en tres años”, *La Prensa*, 18 de noviembre de 2012; “Unos 700.000 argentinos dejaron el cigarrillo”, *La Nación*, 14 de noviembre de 2012; “Una radiografía para los fumadores”, *Página 12*, 15 de noviembre de 2012 y otras notas posteriores “Los argentinos y el cigarrillo”, *La Nación*, 4 de diciembre de 2012; “Cada vez se fuma menos”, *Crónica*, 27 de diciembre de 2012, difundieron los resultados de la Encuesta Mundial de Tabaco, por primera vez realizada en Argentina.

⁴⁰ Además de la EMTA, los medios gráficos publicaron numerosos estudios: “A las mujeres les cuesta más”, *Página 12*, 12 de marzo de 2012; “Tomar una aspirina por día reduciría el riesgo de cáncer”, *Clarín*, 22 de marzo de 2012; “Una nueva aspirina promete ser una poderosa arma contra el cáncer”, *Tiempo Argentino*,



Por otra parte, las políticas antitabaco de las jurisdicciones también provocaron interés. Todos los diarios publicaron la noticia de la designación oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires como Ciudad Libre de Humo de Tabaco,⁴¹ lo que implicó la entrada en vigencia de la prohibición de fumar en todos los espacios cerrados de acceso público —de acuerdo a la ley antitabáquica sancionada a fines de 2010—, del mismo modo que se ocuparon posteriormente de publicar numerosas denuncias por la falta de cumplimiento de esa normativa.⁴²

Los medios también cubrieron la sanción en el ámbito de la provincia de Buenos Aires de la Ley N° 14381 de Control del Tabaco, que extendió la prohibición de fumar a todas las salas de juego y locales gastronómicos en ese territorio, rubros que no estaban incluidos en la anterior Ley (N° 13.894), vigente desde 2008.⁴³

Menor interés generaron otras medidas antitabaco como la de una Playa Libre de Humo en la localidad bonaerense de Santa Teresita, iniciativa enmarcada en el Programa

12 de marzo de 2012; “Baja el consumo de cigarrillos en los adolescentes y más en mujeres,” *Clarín*, 15 de septiembre de 2012 “Para el alcohol y el tabaco ya no hay distinciones de sexos;” *Clarín*, 4 de julio de 2012; “Fumadores: a los 45 crece el riesgo de morir de cáncer.” *Clarín*, 17 de septiembre de 2012, etc, etc.

⁴¹ “Ya no se puede fumar en lugares públicos cerrados”, *Diario Popular*, 6 de enero de 2012; “Buenos Aires libre de humo”, *Crónica*, 5 de enero de 2012; “A partir de hoy no se podrá fumar en lugares cerrados de la Capital Federal”, *El Cronista Comercial*, 5 de enero de 2012; “Prohibido fumar”, *Clarín*, 11 de enero de 2012; “Buenos Aires ya es 100% libre de humo”, *La Prensa*, 5 de enero de 2012, “Ciudad libre de humo”, *Página 12*, 5 de enero de 2012; “Buenos Aires es desde hoy una ciudad libre de humo de tabaco”, *Tiempo Argentino*, 5 de enero de 2012; “Buenos Aires ya es 100% libre de humo y comenzó la polémica”, *Tiempo Argentino*, 6 de enero de 2012; “La ciudad, libre de humo”, *La Nación*, 17 de enero de 2012.

⁴² “La ley antitabaco no se cumple en la Ciudad”, *Diario Popular*, 19 de mayo de 2012; “¿Se hace humo la ley antitabaco?”, *Crónica*, 19 de mayo de 2012.

⁴³ “Otro veto a fumadores”, *Ámbito Financiero*, 20 de abril de 2012; “Media sanción a la ley que prohíbe fumar en casinos y bingos de la provincia”, *Tiempo Argentino*, 20 de abril de 2012; “Insisten con ley antitabaco dentro de salas de juego”, *Diario Popular*, 10 de abril de 2012; “Proyecto de ley”, *La Prensa*, 10 de abril de 2012.



Provincial “*La costa respira playas libres de humo*”⁴⁴ o la sanción de una ordenanza del Concejo Deliberante de la Ciudad de Córdoba que prohíbe fumar mientras se conduce en esa ciudad.⁴⁵

Sólo un diario, *Ámbito Financiero*⁴⁶ planteó un sentido antagónico respecto de la cuestión del tabaco, al visibilizar la importancia de las actividades organizadas por representantes de 20 países productores de tabaco en el marco de la 27^o Asamblea Anual de la Asociación Internacional de Tabaco, realizada en Salta en defensa de la producción del sector frente al avance de las restricciones promovidas por la OMS.

Por otra parte, los diarios dedicaron escaso espacio a la alimentación no saludable como factor de riesgo, la restringieron sólo a la insuficiente ingesta de frutas y verduras,⁴⁷ algunos artículos⁴⁸ plantearon la tendencia en EE.UU. y en nuestro país de revalorización y consumo de productos naturales para la prevención de enfermedades en general y del cáncer en particular.

⁴⁴ “Playa sin humo en Buenos Aires”, *Ámbito Financiero*, 24 de enero de 2012; “Desde ayer no se puede fumar en las playas”, *Diario Popular*, 24 de enero de 2012; “Ya no se puede fumar en unos 200 metros de la playa en Santa Teresita”, *La Prensa*, 24 de enero de 2012; “Santa Teresita ya tiene una playa libre de humo de la costa”, *Tiempo Argentino*, 24 de enero de 2012.

⁴⁵ “Habrán multas por fumar y conducir”, *La Nación*, 8 de agosto de 2012.

⁴⁶ “Asamblea de Tabacaleros de más de 30 países en Salta para impedir que se elimine la producción”, *Ámbito Financiero*, 5 de octubre de 2012 y 9 de octubre de 2012.

⁴⁷ Consignando por ejemplo cifras de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo realizada por el Ministerio de Salud de la Nación en 2009 (el 19% de los cánceres del tubo digestivo son causados por la falta o escaso consumo de frutas y hortalizas).

⁴⁸ “Hallan nuevos beneficios de los alimentos más populares”, *Clarín*, 26 de agosto de 2012 y “¿Existen los superalimentos?”, *Clarín*, 31 de agosto de 2012.



Asimismo, las referencias al sedentarismo como factor de riesgo aparecieron en escasas notas,⁴⁹ orientadas a difundir un estudio que asocia este comportamiento con la ocurrencia de tumores de colon y de mama.

El consumo de alcohol no fue abordado como factor de riesgo del cáncer.

4.2.3.3. Factores infecciosos

Este tipo de factores se abordó en 31 materiales (Ver Tabla VIII). Varios diarios⁵⁰ publicaron un estudio sobre la incidencia del cáncer a partir del análisis de registros de 184 países, que encontró que uno de cada seis casos es causado por los virus del Papiloma Humano (VPH) y de la Hepatitis B y C.

El 28 de julio, Día Mundial de la Hepatitis, todos los medios difundieron el anuncio del Ministerio de Salud de la Nación de “universalizar” la vacuna de la Hepatitis B, la misma que desde el año 2000 se incorporó al calendario oficial para los niños y el programa gratuito de la Asociación Argentina para el Estudio de Enfermedades del Hígado (AAEEH) para detectar Hepatitis B y C, enfermedades asintomáticas que afectan al 2%

⁴⁹ “La inactividad física provoca tantas muertes al año como el tabaquismo”, *La Nación*, 19 de julio de 2012; “Sedentarismo: casi tantas muertes como el tabaco”, *Tiempo Argentino*, 20 de julio de 2012; “En la Argentina, las muertes derivadas de la falta de actividad física ya se acercan a las del tabaco”, *Bae*, 24 de julio de 2012; “Sumar 30 minutos de ejercicio físico mejora la calidad de vida”, *La Prensa*, 20 de julio de 2012.

⁵⁰ “Uno de cada seis casos de cáncer se debe a infecciones”, *La Prensa y Tiempo Argentino*, 2 de mayo de 2012.



de la población y que pueden llevar al cáncer⁵¹. Una sola nota abordó específicamente la hepatitis C como causa del cáncer.⁵²

4.2.3.4. Factores ambientales

Estos factores se enfocaron en 39 materiales (Ver Tabla VIII), siendo de interés en especial para *Página 12* y *Tiempo Argentino*.

El riesgo de la exposición al sol fue tratado como parte de las recomendaciones del Ministerio de Salud de la Nación para el cuidado de la salud en verano.⁵³ En menor medida fue difundida la asociación entre uso de camas solares y cáncer de piel.⁵⁴

El riesgo de la exposición a radiaciones ionizantes fue enfocado sólo por *La Nación* y *Página 12*,⁵⁵ que difundieron estudios de EE.UU. sobre la asociación entre tomografías computadas y cáncer, que indican que alrededor del 2% de los casos diagnosticados en EE.UU. podrían relacionarse con la exposición a esas tecnologías diagnósticas.

⁵¹ “A hacer fila para vacunarse”, *Página 12*, 27 de julio de 2012; “Anuncian nuevas estrategias para prevenir la hepatitis B”, *Tiempo Argentino*, 26 de julio de 2012; “Estrategia para prevenir la hepatitis”, *Diario Popular*, 26 de julio de 2012; “El Ministerio anunció que vacunará gratis contra la hepatitis”, *La Prensa*, 27 de julio de 2012; “Toda la población podrá vacunarse en forma gratuita contra la hepatitis B”, *Tiempo Argentino*, 27 de julio de 2012; “Hepatitis B y C. Test gratis para dos virus que afectan a 1 millón de personas”, *Clarín*, 25 de julio de 2012; “Una semana contra la hepatitis”, *Página 12*, 24 de julio de 2012; “Diagnósticos de hepatitis”, *Página 12*, 23 de julio de 2012; “Aconsejan hacerse test de hepatitis”, *La Nación*, 23 de julio de 2012; “Harán extracciones gratuitas para prevenir la hepatitis”, *La Prensa*, 24 de julio de 2012; “Hepatitis B y C: lanzan campaña de detección”, *Tiempo Argentino*, 23 de julio de 2012

⁵² “La hepatitis C, una enfermedad silenciosa que puede ser grave”, *Clarín*, 2 de abril de 2012.

⁵³ “Para cuidar la piel, se aconseja ir a la playa con bronceado previo”, *Tiempo Argentino*, 29 de enero de 2012; “Recomendaciones por la exposición al sol”, *La Prensa*, 2 de enero de 2012; “Exposición solar”, *Tiempo Argentino*, 2 de enero de 2012.

⁵⁴ “Alerta médica. La cama solar aumenta 20% el riesgo de cáncer de piel”, *Clarín*, 26 de julio de 2012; “El uso de las camas solares bajo la lupa de los especialistas”, *Crónica*, 8 de enero de 2012.

⁵⁵ “Los peligros de una práctica en aumento”, *Página 12*, 16 de julio de 2012 y “Tomografía computada y riesgo de cáncer”, *La Nación*, 8 de junio de 2012.



Otros factores ambientales abordados fueron los agroquímicos. *Página 12* y *Tiempo Argentino* fueron los únicos medios que cubrieron totalmente un juicio a propietarios rurales por fumigar en campos linderos al Barrio Ituzaingó Anexo, en la ciudad de Córdoba. Una de las notas tituló: *“En los pueblos fumigados el 30% de las muertes son por cáncer.”*⁵⁶ Éste, como otros artículos difundieron informes de la Red de Médicos de Pueblos Fumigados sobre el cambio del patrón de enfermedades después de 15 años de fumigaciones sistemáticas en pueblos de La Pampa, Salta, Jujuy, San Luis, Catamarca, Chaco, Santiago del Estero, Córdoba, Santa Fe, Buenos Aires, Corrientes y Entre Ríos, pueblos en los que “más del 30% de fallecimientos son por cáncer, mientras que en todo el país ese porcentaje es menor al 20%”.⁵⁷ También se difundieron cifras relevadas por la Fiscalía del juzgado a cargo del juicio: *“...hasta 2010 en ese barrio (Ituzaingó Anexo) se constataron 169 casos de cáncer y más de 30 muertes por esa enfermedad.”*

Por otra parte, también se reflejó la situación de los vecinos de Areco, sus casas lindan con una empresa de fertilizantes y agroquímicos: *“...juntamos testimonios, en dos días hicimos una encuesta a cincuenta personas, de las cuales cuarenta presentaban algún tipo de patología. En el término de dos años han fallecido diez personas de distintos tipos de cáncer, problemas de tiroides, quistes, próstata, cáncer de mama y páncreas,*

⁵⁶ “En los pueblos fumigados el 30% de las muertes son por cáncer”, *Tiempo Argentino*, 19 de mayo de 2012.

⁵⁷ *Idem anterior.*



en un radio de 200 metros a las cerealeras, otras han sido tratadas u operadas actualmente de las mismas patologías.”⁵⁸

Otro riesgo ambiental publicado por *Página 12* fue el derivado de los daños provocados por Repsol y otras petroleras que manejan material radiactivo, a partir de la constatación de medidas alarmantes de mercurio, cromo y plomo en sangre de los habitantes de diversas localidades en el sur del país y la iniciativa de un censo oncológico en Cutral-Có y Plaza Huincul *“para determinar si efectivamente había mayor cantidad de casos de cáncer que la media nacional”* porque *“entre los habitantes aparecía la sensación de que todos conocían a alguien incluso personas muy jóvenes, adolescentes y hasta niños con una enfermedad oncológica.”⁵⁹*

4.2.3.5. Carcinógenos ocupacionales

Este tipo de factores fueron los menos abordados. La única nota publicada por *Página 12*, enfocó en el riesgo de quienes colocan pisos flotantes, usando formaldehído, sustancia considerada carcinogénica por la IARC, a partir de la evidencia de causar cáncer de cavum.⁶⁰

4.2.4. Prevención

La prevención apareció claramente vinculada a la cuestión del tabaco, a través del profuso tratamiento sobre los inexorables daños que produce tanto en fumadores activos como en pasivos y consecuentemente, la necesidad de reivindicar los Ambientes

⁵⁸ Idem anterior.

⁵⁹ “Intentan seguir la ruta del cáncer”, *Página 12*, 28 de mayo de 2012.

⁶⁰ “Cuando el piso no es flotante”, *Página 12*, 30 de enero de 2012.



Libres de Humo de Tabaco. El resto de las conductas preventivas: alimentación saludable, actividad física, cuidados frente al sol, vacunación de Hepatitis B y de VPH apareció en mucha menor medida.

De todos modos, los diarios fueron generosos difusores de diversidad de campañas preventivas signadas por el recurso de las efemérides, principalmente de cáncer de mama, pero también cáncer bucal, de útero, de tiroides, de piel, linfoma, etc

4.2.5. Diagnóstico y tratamiento

Si bien los medios reprodujeron repetidamente la importancia del diagnóstico temprano en cáncer, los métodos diagnósticos en sí no fueron de gran interés, ya que se enfocaron sólo en 9 notas (ver Tabla VIII). A modo de ejemplo, un par de artículos ahondaron específicamente en aspectos controvertidos de la mamografía⁶¹ y en el cuestionamiento del Antígeno Prostático Específico (PSA) para la detección del cáncer de próstata.⁶²

En contraposición, los tratamientos fueron abordados en 29 artículos (ver Tabla VIII), refiriendo en gran medida técnicas espectacularmente innovadoras: *“Tuvieron tres bebés de diseño para salvar a sus otros tres hijos que sufrían una grave enfermedad, producida por un linfoma;”*⁶³ *“Por primera vez operan a un bebé antes de que nazca para extirpar un tumor de 12 centímetros y 168 gramos;”*⁶⁴ *“Científicos argentinos diseñaron*

⁶¹ “Cáncer de mama: un estudio cuestiona a las mamografías”, *Clarín*, 23 de noviembre de 2012; “Mamografía: baja un 31% la mortalidad”, *La Nación*, 2 de abril de 2012.

⁶² “Otro estudio pone en duda el test para detectar el cáncer de próstata”, *Clarín*, 5 de abril de 2012; “Autoridades de salud de Francia cuestionan su eficacia, al igual que EE.UU.”, *Clarín*, 5 de abril de 2012; “Desaconsejan un test clave contra el cáncer de próstata”, *Clarín*, 24 de mayo de 2012, abordaron el cuestionamiento por parte de autoridades sanitarias de EE.UU. y Francia de la prueba PSA en la detección del cáncer, por la imposibilidad de demostrar su eficacia para reducir la mortalidad.

⁶³ *Clarín*, 30 de enero de 2012.

⁶⁴ *Clarín*, 23 de junio de 2012; “La cirugía salvó otra vida antes de nacer”, *Clarín*, 26 de junio de 2012.



*un virus que se “carga” en células madre y viaja hasta el interior del tumor para atacarlo,*⁶⁵ son algunos de los ejemplos de este abordaje.

Los tratamientos disponibles actualmente (cirugía, radioterapia, quimioterapia, terapia hormonal, terapia biológica) fueron poco referidos, al igual que avances “convencionales”, basados en nuevos esquemas, técnicas de cirugías y drogas.

4.2.6. Cuidados Paliativos (CP)

Este perfil que reunió 10 notas en todo el año (ver Tabla VIII) e ingresó en la agenda el “Día Mundial de Lucha contra el Cáncer”, cuando *Tiempo Argentino*⁶⁶ publicó un artículo que reivindicó el acceso a los opioides como derecho humano a garantizar a través de los cuidados paliativos. La sanción de la Ley N° 26742, conocida como de Muerte Digna, de gran repercusión mediática, que estableció el derecho de pacientes terminales a decidir tratamientos y recibir cuidados paliativos integrales, no generó casi materiales sobre CP.⁶⁷

Por otra parte, varios diarios⁶⁸ publicaron en julio la sanción en la Cámara de Senadores de un proyecto de ley para crear el Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Por

⁶⁵ “Un virus de diseño contra los tumores”, *Página 12*, 22 de mayo de 2012.

⁶⁶ “No calmar el dolor es criminal”, *Tiempo Argentino*, 4 de febrero de 2012.

⁶⁷ El 9 de mayo de 2012 se sancionó la Ley (N° 26742) sobre Derechos del paciente, Historia clínica y Consentimiento Informado, que establece que los pacientes que padecen una enfermedad irreversible, incurable o terminal pueden negarse a recibir procedimientos, cirugías y medidas de soporte vital, cuando sean extraordinarias o desproporcionadas en relación a las perspectivas de mejoría. Una de las pocas notas que abordaron en ese marco los cuidados paliativos fue publicada por *Tiempo Argentino* el 13 de mayo de 2012: “La medicina debe dejar de ser curadora para ser cuidadora”.

⁶⁸ “Buscan crear el Programa Nacional de Cuidados Paliativos”, *Clarín*; “Ley de Cuidados Paliativos”, *Crónica*; “Cuidados Paliativos”, *Página 12*; “Media sanción al proyecto de Cuidados Paliativos”, *La Prensa*, 5 de julio de 2012.



último, *Página 12*⁶⁹ difundió en octubre la conmemoración del “Mes Mundial de los Cuidados Paliativos.”

4.2.7. Investigación

Fue un tópico muy abordado por los medios, con 47 notas (ver Tabla VIII). Los diarios se hicieron eco de numerosos hallazgos científicos: una gran cantidad de materiales difundió ambiciosas investigaciones relativas a biología celular y genética molecular. El valor de novedad y la confianza ilimitada en la capacidad –inmediata- de la ciencia de avanzar en la respuesta al cáncer, signaron mayormente a estos materiales.

En algunas ocasiones la información sobre hallazgos científicos incluyó indicaciones sobre su aplicabilidad real frente al cáncer o respecto al tiempo requerido para convertir el hallazgo en una terapia concreta. Fueron menores las ocasiones en las que la información científica relacionada con cáncer, se acompañó de la opinión de oncólogos tendiente a interpretar su real trascendencia.

La Prensa fue el diario que difundió en mayor medida estudios de incierta relevancia, por ejemplo sobre riesgo de cáncer por consumo de té, marihuana, etc.

4.2.8. Personalidades públicas

Las noticias que informaron el cáncer de la Presidenta Cristina Fernández de Kirchner y las que se ocuparon de reflejar los avatares del estado de salud del ex Presidente de Venezuela, Hugo Chávez –a quien se le había diagnosticado un tumor en junio de 2011– generaron extensas coberturas mediáticas: un total de 66 materiales (ver Tabla VIII).

El caso de la Presidenta fue el perfil de cáncer más tratado en enero. A fines de diciembre de 2011, se había difundido la detección de un carcinoma papilar en el lóbulo

⁶⁹ “Cuidados Paliativos, en deuda,” *Página 12*, 24 de octubre de 2012.



derecho de su glándula tiroides. A partir de entonces, los medios gráficos cubrieron extensamente los preparativos para la cirugía, el operativo de seguridad montado en el Hospital Austral (efector elegido para la intervención), la vigilia de los militantes en las inmediaciones de ese efector, la intervención -explicada paso por paso-, la convalecencia y el cambio de diagnóstico que descartó cáncer, lo que desató una sostenida polémica entre los diarios *Página 12*, *Tiempo Argentino* y *Clarín*.

El caso Chávez ocupó considerable espacio a lo largo del año, incluyó desde las operaciones a las que fue sometido, el agravamiento de su cuadro, la metástasis, sus esporádicas apariciones televisivas asegurando que estaba libre del cáncer, hasta el convulsionado clima político de su país en el marco de la cercanía de las elecciones.⁷⁰ La cobertura de este caso contrastó con el menor espacio dedicado a la recuperación del ex Presidente Lula Da Silva,⁷¹ del cáncer de laringe detectado en octubre de 2011, y más aún, con el escaso interés sobre el tumor de próstata del Presidente colombiano Santos.⁷²

4.2.9. Historias de vida

Este perfil incluyó 27 notas (ver Tabla VIII). El único medio que privilegió historias principalmente de niños, en situaciones de extrema vulnerabilidad, necesitados de apoyo para solventar costosas operaciones fue *Crónica*.

⁷⁰ “Venezuela: nuevas dudas sobre el verdadero estado de salud de Chávez”, *Clarín*, 21 de febrero de 2012; “Otra vez rumores sobre Chávez”, *La Nación*, 21 de febrero de 2012; “Los aliados de Chávez temen el fin de la ayuda”, *La Nación*, 27 de febrero de 2012; “Según un medio cubano, tiene posibilidades de curarse”, *La Nación*, 27 de febrero de 2012; “Chávez se encomienda a la salud cubana”, *Página 12*, 27 de febrero de 2012.

⁷¹ “Lula fue dado de alta y espera resultados”, *Página 12*, 18 de febrero de 2012.

⁷² Por otra parte, las muertes por cáncer de referentes del mundo de la cultura y el espectáculo como Luis Alberto Spinetta, Juan Alberto Badía, Alicia Zanca, Caloi, Jorge Rossi y Estela Raval ocuparon en ese orden, considerables menciones.



El caso de Agustín, un nene de 10 años a quien le diagnosticaron un cáncer de próstata⁷³ y el de Ailén, una nena de dos años, que “sufrir de un mal que le provoca tumores malignos de gran tamaño, que se expanden desde el interior hacia el exterior en la zona de la espalda, las axilas y los pies,⁷⁴ son sólo dos de las dramáticas historias que publicó *Crónica*. Otras notas se basaron en relatos ciertamente inverosímiles, como la que aseguró que “médicos extirparon mediante una exitosa cirugía un tumor de 15 kilos, que pesaba más que el paciente: un niño de dos años.”⁷⁵

Cuánto más tremendas las peripecias personales de los afectados y más elocuentes las imágenes, más extensas fueron las coberturas. Ese enfoque llegó al máximo en el caso de Pablo Saavedra, un joven con un gran tumor en el rostro, cuya historia se difundió en marzo y se mantuvo como una especie de folletín hasta agosto, cuando volvió al país luego de varias intervenciones en EE.UU., solventadas gracias a la cruzada solidaria del diario.⁷⁶

⁷³ “Todos por Agustín”, *Crónica*, 11 de marzo de 2012; La historia de Agustín, *Crónica*, 10 de marzo de 2012.

⁷⁴ “Vamos todavía Ailén”, *Crónica*, 8 de junio de 2012.

⁷⁵ “Milagro en México. Médicos extirparon tumor de 15 kilos a un niño de dos años mediante una exitosa cirugía”, *Crónica*, 29 de junio de 2012.

⁷⁶ “Pablo necesita que lo ayuden”, *Crónica*, 19 de marzo de 2012; “Pablo podrá operarse”, *Crónica*, 20 de marzo de 2012; “Pablo cuenta las horas”, *Crónica*, 25 de marzo de 2012; “Pablo, el profe de música, listo para su operación”, *Crónica*, 5 de abril de 2012, “Pablo fue operado con éxito”, *Crónica*, 9 de abril de 2012; “Reconstituirán el rostro de Pablo en nueva cirugía”, *Crónica*, 18 de abril de 2012; “Pablo Saavedra fue nuevamente operado”, *Crónica*, 20 de abril de 2012; “Pablo sigue su lucha”, *Crónica*, 25 de abril de 2012; “Pablo fue operado por cuarta vez”, *Crónica*, 5 de mayo de 2012; “Pablo regresaría al país en un mes, aún le queda una última operación en la que intentarán cerrarle el labio y el paladar a realizarse el 3 de julio”, *Crónica*, 23 de junio de 2012; “El nuevo rostro de Pablo”, *Crónica*, 13 de agosto de 2012.



4.2.10. Controversias

Este perfil incluyó 16 notas (ver Tabla VIII). La falta de acceso a medicamentos oncológicos en los hospitales públicos de la provincia de Buenos Aires, por las medidas de restricción a las importaciones dispuestas por el Estado Nacional, fue el principal tema controversial,⁷⁷ además del incumplimiento de tratamientos oncológicos a afiliados por parte de obras sociales.⁷⁸

4.2.11. Políticas

Este perfil reunió 37 materiales (ver Tabla VIII). Las políticas y líneas de acción del INC, principalmente de formación de profesionales, otorgamiento de becas,⁷⁹ promoción de investigación,⁸⁰ lanzamiento de iniciativas como el Plan de Prevención y Control de Cáncer de Colon,⁸¹ o del Registro de Tumores,⁸² así como también políticas en general de la institución⁸³ fueron reflejadas en esta categoría, más allá de que sus autoridades e integrantes aparecieron como referentes en diferentes artículos sobre cáncer. En todos los artículos, la existencia del INC siempre fue consignada en términos de gran avance en las políticas públicas en cáncer.

⁷⁷ “Por trabas a las importaciones, faltan medicamentos oncológicos”, *La Prensa*, 9 de mayo de 2012.

⁷⁸ “Ordenan mantener tratamiento oncológico”, *Diario Popular*, 12 de junio de 2012; “Fallo contra una obra social”, *Clarín*, 12 de junio de 2012; “Deberán traer a la Capital a un paciente oncológico”, *La Prensa*, 27 de julio de 2012; “Denuncian que falta medicación para chica enferma”, *Diario Popular*, 1º de julio de 2012.

⁷⁹ “Dan becas de formación para médicos”, *La Prensa*, 2 de marzo de 2012; “Otorgarán becas para capacitar contra cáncer”, *Bae*, 10 de abril de 2012; “Capacitación”, *La Prensa*, 10 de abril de 2012.

⁸⁰ “Investigación”, *La Prensa*, 7 de febrero de 2012.

⁸¹ “Impulsan un Plan Nacional contra el Cáncer de Colon”, *La Prensa*, 11 de marzo de 2012.

⁸² “Se inicia un Registro de Tumores”, *La Nación*, 20 de agosto de 2012.

⁸³ “El Instituto Nacional del Cáncer implementa medidas para prevenir y combatir esta enfermedad en todo el país”, suplemento en *Tiempo Argentino*, 17 de junio de 2012.



Tabla VIII. Perfiles temáticos de materiales sobre cáncer

Perfiles temáticos	Subperfil	Ambito Financiero	Bae	Clarín	Crónica	Diario Popular	El Cronista	La Nación	La Prensa	Página 12	Tiempo Argentino	Total
Cáncer		0	0	9	0	0	0	1	0	0	0	10
Tipos de cáncer			2	5	1	3		4	5	1	3	24
Factores de riesgo	Tabaco	7	3	19	15	17	2	13	23	21	18	138
Factores de riesgo	Ambientales	1	0	3	4	0	0	4	4	14	9	39
Factores de riesgo	Virus	0	1	7	3	3	0	3	5	5	4	31
Factores de riesgo	Hábitos	0	1	5		1	0	1	3	0	1	12
Factores de riesgo	Genéticos	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2
Factores de riesgo	Otros	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
Prevención		1	7	5	3	5	0	4	12	2	3	42
Diagnóstico y tratamiento	Tratamiento	0	2	14	1	0	0	4	4	3	1	29
Diagnóstico y tratamiento	Diagnostico	0	0	4	1	1	0	2	0	0	1	9
Cuidados paliativos		0	0	1	1	0	0	0	1	2	5	10
Investigación		0	3	16	0	0	0	2	14	5	7	47
Personalidades públicas		0	0	21	2	0	0	20	1	12	10	66
Historias de vida		0	1	3	19	0	0	3	0	0	1	27
Controversias		0	1	3	0	3	0	5	4	0	0	16
Políticas		1	5	1	1	5	3	5	6	3	7	37
Total		10	26	116	52	39	5	71	82	68	71	540

4.3. Algunas notas sobre la construcción mediática

La cobertura del cáncer reproduce algunas características del tratamiento mediático de la salud en general, como la considerable magnitud de notas publicadas y la diversidad de aspectos abordados.

El desconocimiento acerca de los mecanismos que generan el cáncer así como también de su comportamiento, parecen incidir en su alto interés mediático: un mal todavía misterioso e inexpugnable, que se presenta como un designio fatal e inevitable. Esta configuración permite inferir los criterios de noticiabilidad que a nivel general motivan su cobertura: esencialmente la magnitud de personas implicadas, la importancia y la gravedad. De todos modos, los tratamientos de los diferentes medios mostraron rasgos particulares.



Ámbito Financiero, *Bae* y *El Cronista Comercial*, se caracterizaron por la escasa magnitud de publicaciones, esporádicamente incluyeron en sus agendas materiales sobre la política antitabaco implementada por la instancia nacional y también iniciativas o campañas preventivas emprendidas por fundaciones y empresas.

Por otra parte, *Clarín*, *La Nación*, *Página 12* y *Tiempo Argentino* mostraron como rasgo común agendas diversificadas que enfocaron en diversos perfiles temáticos, contenidos claros, tonos neutros y fuentes científicas fiables (autoridades, miembros del INC y oncólogos reconocidos).

Crónica, *Diario Popular* y *La Prensa* publicaron un considerable número de notas periodísticas, centradas en gran medida en historias humanas e investigaciones científicas –en algunos casos– de dudosa procedencia; mostraron además contenidos basados casi exclusivamente en noticias de agencia y en pocos casos informaciones de elaboración propia.

Los rasgos mencionados demuestran que los tres grupos de diarios se basaron en valores de noticiabilidad particulares, más allá de los referidos anteriormente como criterios generales.

En los periódicos económicos los valores-noticia se concentraron en la importancia y en la jerarquía de los personajes implicados: básicamente entidades del mundo empresario que colaboraron con la causa del cáncer de mama a través de campañas preventivas.

En *Crónica*, *Diario Popular* y *La Prensa* se basaron en la gravedad, derivada del dramatismo de las historias y en la novedad de algunas investigaciones.

En contraposición, *Clarín*, *La Nación*, *Página 12* y *Tiempo Argentino* expresaron una noticiabilidad, fundada en la importancia de los hechos, su comprensión, inteligibilidad y la credibilidad de lo publicado.



Estas diferenciaciones en las modalidades de tratamiento ponen en evidencia –independientemente de los perfiles editoriales – contrastes respecto de la calidad de los abordajes mediáticos. En ese sentido, el trabajo de periodistas con formación específica en salud –como es el caso de *Clarín*, *La Nación*, *Página 12* y *Tiempo Argentino*– constituye un factor de incidencia en la calidad del abordaje mediático y plantea en consecuencia, la importancia de ofrecer desde la gestión pública oportunidades formativas a quienes se ocupan de la diseminación social del conocimiento sobre cáncer.

4.3.1. Estigmatización vs. fragmentación del cáncer

En el marco de la cobertura mediática del cáncer resulta insoslayable problematizar dos cuestiones que signan el abordaje de la prensa gráfica: la estigmatización y la fragmentación del cáncer.

En primer lugar, tal como se ha señalado en la introducción de esta presentación, la estigmatización de la enfermedad ha sido vinculada con la utilización de la repetida evasiva de la palabra cáncer para valerse en su lugar de expresiones tales como “*larga y penosa enfermedad*”, lo que abona su carácter tabú, basado en una ligazón inexorable con la muerte.

La estigmatización ha sido relacionada también con el uso de la “metáfora bélica” referida por Sontag (1998), en la que el cáncer es un enemigo a vencer a través de una “lucha heroica”, lo que cristaliza una visión por la cual las personas que fallecen a causa de un tumor son –por lo menos en un plano figurado–, responsables de haberse “rendido” en una guerra personal y por lo tanto perdedoras.



Este enfoque que caracteriza –según algunos análisis–⁸⁴ al abordaje mediático, ha sido cuestionado, por responsabilizar a las personas afectadas del desenlace fatal de su enfermedad, además de convertirse en un obstáculo para la prevención y el diagnóstico temprano del cáncer.

En relación a esta cuestión, se puede señalar que los materiales periodísticos no muestran en líneas generales abordajes estigmatizantes. En todo caso, la utilización periodística de las acostumbradas expresiones: “larga y penosa enfermedad”, “lucha”, “vencer al cáncer”, “larga batalla”, etc., apareció en algunos diarios más como una reproducción de clichés, que como un signo de visiones fatalistas sobre el cáncer.

De todos modos, la apelación a la lucha frente al cáncer para vencerlo o para convivir con él, tampoco es inocua. En la medida en que ni todos los tipos de cáncer, ni todas las personas afectadas, ni todos los estadios de su desarrollo como enfermedad, permiten generar el mismo grado de esperanza, la apelación a la lucha puede resultar despiadada en aquellos casos en los que las personas no se enfrentan solo a la enfermedad, sino a un desenlace fatal e inexorable. Este tipo de abordajes pueden incurrir de este modo en relatos moralizantes que presentan como éxito de la voluntad, algo siempre tan incierto como la remisión de un cáncer (Observatorio de la Comunicación Científica, 2011).

Más allá de esta cuestión, podríamos afirmar que la tendencia actual es a informar con mayor franqueza sobre el cáncer, fruto de la paulatina especialización de periodistas y

⁸⁴ “Contra el cáncer, no siempre sirven las metáforas bélicas”, disponible en http://www.clarin.com/zona/cancer-siempre-sirven-metaforas-beliclas_0_548345264.html; El cáncer como metáfora, Tomás Del Clós, disponible en http://elpais.com/elpais/2013/01/12/opinion/1357991835_100872.html; “La metáfora bélica: una breve reflexión en torno al cáncer” disponible en <http://www.juanralucas.com/la-metфора-belica-una-breve-reflexion-en-torno-al-cancer/>



de la preocupación por el tratamiento riguroso de la información relativa a la salud. Además de esta cuestión, tal vez esté incidiendo otro factor que ha señalado hace varios años Sontag (1998):

Es posible que el lenguaje del cáncer siga evolucionando en los años venideros. Cambiará radicalmente cuando por fin, se comprenda la enfermedad y sea mucho mayor la probabilidad de cura. Es un lenguaje que ya está evolucionando, gracias al descubrimiento de nuevos tratamientos (...) el cáncer se librárá en parte de sus mitos; y entonces sí podrán hacerse comparaciones con el cáncer, sin que ello implique diagnósticos mortales ni llamadas a las armas a ultranza contra un enemigo letal e insidioso (1998: 84).

A pesar de los avances que van desterrando visiones fatalistas, es necesario considerar una cuestión que incide en la calidad del tratamiento mediático: la tendencia a no explicar, a no contextualizar, a no profundizar o en otras palabras a fragmentar la presentación del cáncer.

Nos referimos al hecho de soslayar un marco de referencia que permita comprender integralmente el particular carácter de este tipo de problemáticas: la heterogeneidad de los cánceres y de sus posibilidades de prevención, diagnóstico, tratamiento; también su naturaleza multifactorial en la que los hábitos no saludables, –factores de mayor gravitación– son susceptibles de evitarse.

A pesar de que el lenguaje gráfico –a diferencia del radial y más aún del televisivo– suele presentar mayor precisión informativa, las reglas de la concisión que obligan en algunos casos al tratamiento breve y sintético de problemas tan complejos como el cáncer –respecto del cual no circula además conocimiento certero e integral–, puede contribuir a mantener el desconocimiento.

Como señalamos antes, el marco de referencia no es menor en salud, menos aún en problemáticas complejas. Destacar que el cáncer no es una sola enfermedad, puede contribuir a reducir el fatalismo que opera desfavorablemente en la prevención, tal como



lo han demostrado diferentes estudios sobre conocimientos y actitudes respecto de esta problemática.⁸⁵

En el mismo sentido, remarcar las posibilidades preventivas y terapéuticas disponibles en la actualidad, puede reducir la carga de enfermedad inexorablemente mortal, herencia de años en los que esas posibilidades eran ostensiblemente menores.

4.4. Consideraciones finales

Este estudio surgió como resultado de mi labor comunicacional en diferentes organismos de salud pública en los que tuve oportunidad de trabajar un extenso conjunto de problemáticas sanitarias de relevancia en Argentina. En ese marco, el cáncer apareció como una de las más motivadoras, no sólo por su magnitud epidemiológica y por las proyecciones acerca de su creciente gravitación a futuro, –en base al envejecimiento poblacional y a estilos de vida poco saludables–; sino sobre todo por la brecha existente entre una visión social que aún hoy la concibe como una condena a muerte y los avances médicos, que han logrado mejorar sustancialmente las diversas alternativas de respuesta.

Las percepciones y creencias frente a los problemas de salud parecieran cobrar un papel especialmente decisivo cuando se trata del cáncer; y esto se muestra no sólo a través de los diversos estudios que se han ocupado de analizar estas cuestiones, sino también en nuestra propia cotidianeidad: me refiero al desasosiego que sigue generando en líneas generales, la noticia de un diagnóstico de cáncer.

⁸⁵ Ramos, S., Aguilera, A., Capriati, A., Lehner, P., Peña, L. y Tamburrino, M. (2012). “Estudio cualitativo sobre significaciones socioculturales, conocimientos y prácticas relativas al cáncer de mama, cuello de útero y colon Informe sobre revisión de la literatura.” Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).



En ese sentido, este tipo de enfermedades implica uno de los retos más significativos a asumir desde la comunicación, porque plantea claramente la necesidad de superar las respuestas que homologan el trabajo comunicacional con la producción, emisión y diseminación pública de información sobre riesgos y cuidados, dada la sencilla pero contundente evidencia de que la información es necesaria pero no suficiente para enfrentar una percepción social que sigue fijamente anclada – pese a las mayores posibilidades derivadas de los avances médicos referidos– al temor y a la incertidumbre. Asimismo, avanzar en abordajes más integrales e integrados en cáncer puede motivar a replantear el trabajo comunicacional en salud en general. En los últimos diez años, la incorporación de componentes comunicacionales en las áreas, programas y políticas sanitarias mostró un crecimiento exponencial en Argentina. Actualmente no hay área programática, que no cuente con profesionales de la comunicación y la demanda sigue en aumento.

En este punto, es imprescindible respaldar este crecimiento con una cultura que propicie una base de sustentación sólida, lo que implica la promoción y el fortalecimiento de las instancias orientadas a la producción y análisis de la dimensión social, cultural y comunicacional de los problemas sanitarios, el seguimiento de las tendencias epidemiológicas de las principales problemáticas de salud, el análisis de contenidos de las agenda mediática, pública y político-institucional, el conocimiento de los debates sobre salud pública, la evaluación de las propias prácticas y de los resultados de las acciones realizadas.

Sin esa base, la comunicación en salud pública corre el riesgo de generar más que respuestas, recetas, lo que no sólo empobrece el quehacer profesional, sino algo más



importante aún: erosiona las posibilidades de realizar aportes sustantivos a la salud pública.

Por otra parte, la metodología elegida procuró no sólo establecer una relación de coherencia con el objeto de estudio sino también poner en práctica un diseño que permitiera –conjugando lo cuantitativo y lo cualitativo– analizar sistemática e integralmente la construcción mediática del cáncer no para cuestionar el carácter descontextualizado, maniqueo y sensacionalista en que pueden caer algunos abordajes mediáticos, sino para plantear de qué modo y desde qué posicionamiento el Estado puede contribuir a superar esas posibles fragilidades, fortaleciendo sus propias políticas.

En ese sentido, lograr mejorar el modo en que los medios abordan el cáncer es estratégico, dado que –como señalamos en varias ocasiones– la forma en que una sociedad percibe los problemas de salud condiciona el modo de actuar en relación con esos problemas.

Asimismo, dado que no hay un único marco teórico que permita dar cuenta de la complejidad de la problemática planteada, se optó por un mapa de debates disciplinarios en relación principalmente a las dos grandes vertientes que han configurado el campo de la comunicación y salud.

Cada una de las teorías y las conceptualizaciones se presentaron de manera exhaustiva, buscando entrelazar desarrollos históricos y debates, ya que el despliegue de esa perspectiva resulta productivo para pensar qué posicionamiento asumir a la hora de formular aportes comunicacionales y así evitar reproducir más de lo mismo.



En ese sentido, aunque es cierto que en los últimos años se viene dando una revisión del sesgo individual y psicológico de las intervenciones comunicacionales en salud y un mayor énfasis en los contextos sociales y culturales, persisten aún visiones lineales que enfatizan en la producción de mensajes y campañas para persuadir a adoptar ciertos comportamientos y prácticas, desconociendo muchas veces las singularidades y diferencias socioculturales que signan a los sujetos sociales.

A partir del mapa teórico construido, la información analizada, con el propósito de contribuir comunicacionalmente a las políticas públicas de salud en el caso del cáncer en el escenario de la prensa gráfica, las perspectivas que resultaron más interesantes son dos principalmente:

En primer lugar es importante profundizar en la ampliación y mejora del acceso a la información, dado que en el contexto de sociedades mediatizadas como la nuestra, la información de calidad se presenta cada vez con mayor contundencia como una base necesaria –aunque no suficiente– para tomar decisiones.

El carácter estratégico del acceso a la información en y para la salud, requiere una intensa discusión conceptual –insoslayable en la instancia nacional dada la escala masiva de población a la que cotidianamente se dirige con mensajes de prevención y cuidado de la salud– para explorar iniciativas que interpelen a los sujetos y las comunidades para la promoción de su salud.

Es imprescindible además integrar esta iniciativa en un marco más amplio, basado en abordajes comprensivos de los contextos, los actores, los saberes, las capacidades, los sentidos e impulsores de los encuentros, intercambios, y construcciones colectivas porque una comunicación sólo orientada a la dimensión informativa a través de una



adecuada utilización de los canales de comunicación de masas, contribuye a enmascarar la multiplicidad de condiciones de las que depende la salud, a limitar la capacidad de cambio social y a ignorar la perspectiva de los derechos sociales, todo lo cual juega en contra de los fundamentos originales de la Promoción de la Salud. Además, una comunicación sólo centrada en el trabajo mediático informativo —como señala Nogueira (2008) – constituye en definitiva *“tan solo un proyecto de medicalización que hasta prescindiendo de los médicos, tiene la capacidad de amoldar a sus propósitos la cultura científicista contemporánea, y que en nombre de un valor social único: la salud, sólo ambiciona direccionar la totalidad de la existencia humana”* (p.171).



Capítulo 5. Recomendaciones para políticas públicas

Este estudio de carácter propositivo se planteó la formulación de propuestas comunicacionales que contribuyan a reducir la brecha entre los avances médicos y una percepción social aún inquietante sobre el cáncer. En función de las perspectivas planteadas anteriormente y teniendo en cuenta que mejorar el acceso al conocimiento sobre prevención y detección temprana, no se resuelve sólo a través de la formulación de contenidos científica y culturalmente adecuados, se propone un conjunto de aportes como insumos para discutir cuestiones sobre direccionalidad y contenido de la política comunicacional en cáncer.

Estos aportes han sido elaborados tomando como base, el documento “Funciones Básicas de Información Pública y Comunicación en Salud Pública” (2010), producido por la CIPyC, cuyo propósito fue plantear un dispositivo para facilitar la planificación de la comunicación como dimensión estratégica de la política sanitaria, teniendo en cuenta que uno de los obstáculos fundamentales para este reposicionamiento estratégico es la concepción de la comunicación como el manejo de los medios, el cuidado de la imagen pública de la autoridad sanitaria, y la traducción del saber de médico científico a mensajes culturalmente adecuados, tendientes a la prevención y la promoción de hábitos saludables, mientras que difícilmente se dimensiona la potencia de la comunicación para transformar la cultura organizacional, crear y recrear otros sentidos posibles y mejorar las interacciones con interlocutores, públicos de interés y ciudadanos. Así, este documento – en función de impulsar el diseño de estrategias de comunicación sobre la base de una definición amplia– se estructura en cinco funciones:



1. Coordinación. Promueve una visión integral y compartida de la estrategia comunicacional, en correspondencia con las metas sanitarias formuladas por la máxima autoridad.
2. Información Pública. Contribuye a promover una cultura organizacional de gestión de la información para la toma de decisiones y rendición de cuentas a la ciudadanía; comunica la acción de gobierno e instala temas y enfoques relevantes para la salud en la agenda mediática.
3. Capacitación. Gestiona propuestas de formación e investigación en comunicación para mejorar el desempeño de los comunicadores y equipos técnico-políticos.
4. Planificación. Promueve procesos de planificación estratégica y evaluación de la comunicación para el logro de las metas sanitarias con planes de ejecuciones viables y factibles.
5. Promoción. Promueve el diálogo y la coordinación/multiactoral /multisectorial para la gestión y autogestión de modos de vida, comportamientos y ambientes saludables.

A partir del modelo referido, se presenta a continuación un conjunto de aportes comunicacionales orientados a mejorar el conocimiento de la prevención y detección precoz del cáncer.



FUNCION	PUBLICOS	PROPUESTAS COMUNICACIONALES
1. Coordinación <i>Promover una visión integral y compartida de la estrategia comunicacional, en correspondencia con la política sanitaria de respuesta al cáncer.</i>	Decisores Equipos técnico-políticos	<ul style="list-style-type: none"> - Promover la discusión con decisores y equipos técnico-políticos sobre el perfil comunicacional del INC a proyectar en el entorno mediático y sus ejes estratégicos. - Animar espacios para establecer concertadamente objetivos, estrategias, actividades y mecanismos de coordinación de las principales líneas de acción comunicacionales. - Propiciar la discusión acerca de las estrategias de articulación de los componentes comunicacionales de las diferentes áreas programáticas del INC. - Impulsar el intercambio de experiencias y conformación de redes con otros equipos nacionales e internacionales.
2. Gestión de la Información y el Conocimiento <i>Promover una cultura organizacional de gestión de la información para comunicar la política pública e instalar temas y enfoques relevantes en la agenda mediática.</i>	Periodistas Decisores Equipos técnico-políticos	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorear medios y elaborar análisis de la agenda mediática en cáncer. - Promover un observatorio de comunicación y cáncer. - Discutir el perfil de contenidos comunicacionales a transmitir a los medios. - Construir repositorios, plataformas y boletines para periodistas. - Desarrollar concursos públicos que premien buenas prácticas en coberturas periodísticas del cáncer. - Organizar instancias de capacitación virtual y presencial para periodistas. - Gestionar convenios y pasantías con carreras de periodismo y comunicación. - Asesorar a decisores y técnicos para intervenir como portavoces de la organización.
3. Capacitación <i>Gestionar propuestas de formación e investigación en comunicación para mejorar el desempeño de comunicadores y equipos técnico-políticos.</i>	Comunicadores	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar temas/problemas de estudio sobre dimensiones sociales/culturales relevantes para el desarrollo de acciones comunicacionales en cáncer. - Analizar con comunicadores necesidades, demandas y expectativas de asistencia técnica y capacitación en comunicación. - Identificar e involucrar contrapartes (universidades, centros de estudio, etc.) para implementar propuestas formativas. -Elaborar materiales y recursos para instancias de formación.
4. Planificación, monitoreo y evaluación <i>Promover procesos de planificación estratégica y evaluación de la comunicación.</i>	Comunicadores Equipos técnico-políticos	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar actores estratégicos y construir espacios de encuentro y concertación para implementar acciones comunicacionales. - Elaborar materiales y recursos para desarrollar capacidades de planificación estratégica. - Promover la formación en estrategias y herramientas de monitoreo y evaluación. - Sistematizar los resultados de las líneas de trabajo y usarlas como disparadores para discutir estrategias de mejora de la calidad de las intervenciones.
5. Comunicación Social <i>Promover el diálogo y la coordinación multiactoral para la promoción de hábitos y ambientes saludables.</i>	Comunicadores Equipos de salud Organizaciones sociales Población	<ul style="list-style-type: none"> - Articular acciones con organizaciones sociales que intervienen en cáncer. - Promover eventos sociales y productos culturales alusivos en días clave. - Destacar el derecho a la salud de la ciudadanía en campañas, materiales y otros. - Difundir la oferta de recursos preventivos, promocionales y asistenciales que ofrece el sistema público en relación al cáncer. - Identificar audiencias, mensajes y soportes comunicacionales a priorizar. - Promover el intercambio de experiencias y dispositivos comunicacionales sobre prevención y detección implementados por equipos de salud. - Sistematizar resultados de campañas, eventos y otras intervenciones comunicacionales. - Indagar en equipos de salud recursos comunicacionales necesarios para fortalecer sus prácticas preventivas y/o asistenciales. - Producir kits de comunicación que contemplen materiales y recursos generales sobre cáncer, además de los específicos de los diferentes programas.



Por último, dado que el trabajo se basó en un análisis de contenidos, se incluyen también algunas propuestas de esta índole para trabajar desde la instancia de la política pública:

Respecto del cáncer. Si bien resulta complejo hablar de “cánceres” en lugar de “cáncer” a secas, para contribuir a enfrentar la visión fatalista sobre esta problemática, puede resultar productivo aclarar la diversidad de tumores que engloba ese rótulo y consecuentemente la heterogeneidad de posibilidades de prevención, diagnóstico y tratamiento.

Respecto de los factores de riesgo y de la prevención. Destacar el carácter multifactorial y el peso de la alimentación no saludable, el consumo de alcohol y la inactividad física como factores de riesgo, en conjunto con el tabaco. Aclarar los riesgos de los factores ambientales, en especial de los derivados de la exposición a agroquímicos, dado que constituye un problema sensible, sobre el que además circula información confusa. Desmitificar la relevancia del peso del componente genético, ya que favorece la visión del cáncer como enfermedad inevitable; difundir información destinada a las personas con antecedentes familiares de cáncer acerca de servicios públicos que brindan orientación.

Respecto de la detección. Divulgar la importancia de los controles de salud dado el carácter en ocasiones asintomático del cáncer; difundir las principales manifestaciones del cáncer en general y las que pueden ser indicios de cáncer infantil.

Respecto de los tratamientos. Instalar la idea de curación pero también la de enfermedad crónica que puede controlarse. Difundir el derecho a los cuidados paliativos. Visibilizar los tratamientos disponibles y diferenciar las terapias alternativas de las terapias complementarias. Visibilizar el derecho a atención de calidad y a reclamar su cumplimiento cuando este derecho es vulnerado. Enfocar la vida de pacientes/sobrevivientes y la existencia organizaciones que se ocupan de su acompañamiento.



En síntesis, el presente trabajo recomienda enfoques comunicacionales que visibilicen al cáncer en términos de proceso; heterogeneidad de enfermedades; multiplicidad de medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento y también de posibilidades de control, como en otras patologías crónicas vinculadas con el modo de vida contemporáneo.

La imperiosa necesidad de reducir la visión del cáncer como enfermedad maldita, caja negra, entidad misteriosa, no puede soslayar el simple hecho de que merced a los cambios demográficos y epidemiológicos, esta problemática seguirá imprimiendo su marca en nuestra sociedad. En este escenario, una de las cuestiones en torno a la cual reflexionar para mejorar la comunicación -y la respuesta en general al cáncer- es la que plantea en su obra, el oncólogo Mukherjee:

“La guerra contra el cáncer estará mejor ganada si redefinimos el concepto de victoria.”

Buenos Aires, 2015.



Bibliografía

Aguilar Villanueva, L. (1992) *La hechura de las políticas*. México: Miguel Ángel Porrúa Grupo Editor.

Alonso, D. (2010). *El desafío del cangrejo. Avances en el conocimiento prevención y tratamiento del cáncer*. Buenos Aires: Editorial Siglo XXI. Universidad Nacional de Quilmes.

Arouca, S. (2008). *El dilema preventivista*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Bauer, M. y Gaskell, G. (2000). *Investigación Cualitativa con texto, imagen y sonido: una guía práctica*. Londres: Sabio.

Beltrán, R. (2005). La comunicación para el desarrollo en Latinoamérica: un recuento de medio siglo (Documento presentado al III Congreso Panamericano de la Comunicación. Carrera de Comunicación de la Universidad de Buenos Aires). Recuperado de <http://www.portalcomunicacion.com/both/temas/lramiro.pdf>

Bruno, D., Tufro, L. y Jait, A. (2010). Abordajes teórico prácticos de comunicación en el campo de la salud. (Documento de trabajo). Buenos Aires: Coordinación de Información Pública y Comunicación Ministerio de Salud de la Nación, mimeo.

Bruno, D. (2012). Comunicación y políticas públicas en la Argentina posneoliberal. Propuestas para una práctica profesional políticamente situada. *Question 1* (34), 14-22.

Bruno, D., Huarte C., Jait, A., Zapesochny, V., Tufro, L. y Aragues, A. (2013). El desafío de hacer de la comunicación un componente estratégico de las políticas públicas en



salud. *Revista de Comunicación y Salud*. Instituto Internacional de Comunicación y Salud 3 (1), 51-65.

Campaña para luchar contra la 'estigmatización' del cáncer. (3 de febrero de 2011). La Región. Recuperado de <http://www.laregion.es/articulo/sociedad/campana-luchar-estigmatizacion-cancer/20110203075124136760.html>.

Caponi, S. (2006). La salud como abertura al riesgo. En Czeresnia, D. y Machado de Freitas, C. *Promoción de la Salud: Conceptos, Reflexiones y Tendencias* (pp. 65- 91). Buenos Aires: Lugar Editorial.

Carta de Ottawa para la promoción de la salud. En Organización Mundial de la Salud. *Promoción de la salud: una antología*. Publicación científica N° 557. Washington DC.

Castel, R. (1986). *La gestión de los riesgos*. Barcelona: Anagrama.

Castro, R. (2009). Câncer na mídia: uma questão de saúde pública. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 55 (1), 41-48.

Contra el cáncer, no siempre sirven las metáforas bélicas. (3 de septiembre de 2011). *Clarín*. Recuperado de http://www.clarin.com/zona/cancer-siempre-sirven-metaforas-belicas_0_548345264.html;

Coordinación de Información Pública y Comunicación del Cáncer del Ministerio de Salud de la Nación (2010). *Funciones Básicas de Información Pública y Comunicación en Salud Pública*.



Coordinación de Información Pública y Comunicación e Instituto Nacional del Cáncer del Ministerio de Salud de la Nación (2012), *Pautas comunicacionales para el abordaje del Cáncer*, material elaborado para el Primer Seminario Nacional de Cáncer y Comunicación, Buenos Aires.

Czeresnia, D. y Machado de Freitas, C. (2006). *Promoción de la Salud: Conceptos, Reflexiones y Tendencias*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Czeresnia, D. (2006). El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción. En Czeresnia, D. y Machado de Freitas, C. *Promoción de la salud. Conceptos, reflexiones, tendencias*. (pp. 47-63). Buenos Aires: Lugar Editorial.

Del Clós, T. (12 de enero de 2013) El cáncer como metáfora. *El país*. Recuperado de http://elpais.com/elpais/2013/01/12/opinion/1357991835_100872.html

Díaz, H. y Uranga W. (2011). Comunicación para la salud en clave cultural y comunitaria. *Revista Comunicación y Salud*. Instituto Internacional de Comunicación y Salud, 1 (1), 113-124.

García, A., Peris, M., de Semir, V., Borràs, J., Revuelta, E., Méndez, E. y Ribas, C. (1999). Las noticias sobre el cáncer en los medios de comunicación escrita. *Gaceta Sanitaria*, 14, 139-145.

Guimarães, M., Soares, Silva, C. y Noronha, I. (2011). El acceso a la información como determinante social de la salud. *Salud colectiva*, 7 (1), 9-18. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652011000300002&lng=es&tlng=es .



Giraldo Mora, C. (2009). Persistencia de las Representaciones Sociales del Cáncer de mama. *Revista de Salud pública*. 11(4), 514-525.

Globocan IARC (2012). Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence in Worldwide 2012. Recuperado de <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>

Gomes R. (2004). Análisis e interpretación de datos de investigación cualitativa. En Souza Minayo, M., Ferreira Deslandes, S. y Gomes, R. (2004). *Investigación social: teoría, método y creatividad* (pp. 85- 114). Buenos Aires: Lugar Editorial.

Gumuccio Dagron, A. Comunicación para el cambio social: clave del desarrollo participativo. Recuperado de <http://www.revistas.javeriana.edu.co/index.php/signoypensamiento/article/.../3402>

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2012). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010: Censo del Bicentenario: Resultados definitivos Serie B N° 2*. Buenos Aires.

Instituto Nacional del Cáncer (INC), Ministerio de Salud de la Nación (2013) Boletín de Vigilancia Epidemiológica, Análisis de Situación de Salud – ASIS. Cáncer en Argentina – 2011.

Instituto Nacional del Cáncer (INC), Ministerio de Salud de la Nación (2011). Boletín 1. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/prensa/index.php/noticias/noticias-de-la-semana/136-primer-ano-del-instituto-nacional-del-cancer>.

Instituto Nacional del Cáncer (INC), Ministerio de Salud de la Nación (2012). Documento del Área Comunicacional.



Isuani, A. y Mercer, H. (1986). La fragmentación institucional del sector salud en la Argentina: ¿pluralismo o irracionalidad? *Boletín informativo Techint*, 244, 9-40.

Jait, A. (2011). Los 100 días que vivimos en peligro. La construcción del nuevo virus de la influenza (H1N1) en Clarín. En Petracci, M. y Waisbord, S. (comps.). *Comunicación y salud en Argentina*. (pp. 117- 142). Buenos Aires: La Crujía Editorial.

Jaramillo López, J. (2004). *Modelo de Comunicación Pública Organizacional e Informativa para Entidades del Estado MCPOI*, USAID/Casals & Associates Inc. Bogotá.

Jarillo Soto, E. y Guinsberg, E. (2007). *Temas y desafíos en Salud Colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Jurberg, C., Gouveia, M. y Belisario, C. (2009). Na mira do câncer: o papel da mídia brasileira. *Revista Brasileira de Cancerologia* 52 (2), 139-146.

Lalonde, M. (1996). El concepto del "campo de salud": una perspectiva canadiense. En Organización Mundial de la Salud. *Promoción de la salud: una antología*. Publicación científica N° 557. Washington DC.

La metáfora bélica: una breve reflexión en torno al cáncer. (4 de febrero de 2013). Recuperado de <http://www.juanralucas.com/la-metaphora-belica-una-breve-reflexion-en-torno-al-cancer/>

Martini, S. (2004). *Periodismo, noticias, noticiabilidad*. Buenos Aires: Norma.

Mc Combs, M. (1996). Influencia de las noticias sobre nuestras imágenes del mundo. En Bryant, J. y Zillmann, D. *Los efectos de los medios de comunicación. Investigaciones y teorías* (pp.13-34). Barcelona: Paidós.



McKeown, T. (1990). *Los orígenes de las enfermedades humanas*. Barcelona: Crítica

Mendoza Del Pino, M. (2006). Algunas reflexiones sobre el tabú a la palabra cáncer. *Archivo Médico de Camaguey*, 10 (5).

Ministerio de Salud de la Nación (2005). *Primera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo*. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/vigilancia/areas-de-vigilancia/factores-de-riesgo>

Ministerio de Salud de la Nación (2009). *Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo*. Recuperado de http://www.msal.gov.ar/ent/.../fr_encuesta-nacional-factores-riesgo-2011.pdf

Ministerio de Salud de la Nación (2013). *Tercera Encuesta Nacional de Factores de Riesgo Primeros resultados*. Recuperado de <http://www.msal.gov.ar/.../index.php?...encuesta-nacional-de-factores-de-riesgo>

Moreno, C. (2012). La comunicación de políticas públicas y la comunicación de campaña. Recuperado de <http://www.ortegaygasset.edu/fog/ver/1446/circunstancia/ano-x---n--29---septiembre-2012/articulos/la-comunicacion-de-politicas-publicas-y-la-comunicacion-de-campana->

Mosquera, M. (2003). *Comunicación en Salud: Conceptos, Teorías y Experiencias*. Recuperado de http://www.portalcomunicacion.com/obregon/pdf/Mosquera_2003.pdf

Mukherjee, S. (2012). *El emperador de todos los males: Una biografía del cáncer*. Buenos Aires: Taurus.



Nogueira, R. (2008). De la Medicina Preventiva a la Medicina Promotora. En Arouca, S.

El dilema preventivista (pp.168-174). Buenos Aires: Lugar Editorial.

Nogueira Navarro, A. (1991). La producción social de la salud y la enfermedad. Perspectivas actuales. *Anthropos. Sociedad urbana y salud. Nuevas ideas y planteamientos.* N°118-119.

Observatorio de la Comunicación Científica y Fundación Vila Casas (2011) *Cáncer. Informe Quiral.* Recuperado de <http://www.fundaciovilacasas.com/es/salud-iinforme-quiral/>.

Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa. La batalla mundial contra el cáncer no se ganará únicamente con tratamiento. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/cancer-report-20140203/es/>

Organización Mundial de la Salud. Prevención del cáncer. Recuperado de <http://www.who.int/cancer/prevention/es/>.

Organización Panamericana de la Salud (2013). *Cáncer en las Américas. Perfiles de país.* Washington, D.C.

Organización Mundial de la Salud (1996). *Promoción de la salud: una antología.* Publicación científica N° 557. Washington DC.

Oszlak, O. y O'Donnell, G. (1980). Estado y políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación. Recuperado de <http://politicayplanificacionsocial.sociales.uba.ar/files/2012/04/04.05.-Dossier-Estado-y-politicas-estatales-en-America-Latina1.pdf>



Paim, J. (2011). *Desafíos para la Salud Colectiva en el siglo XXI*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Pereira, J. (2003). Comunicación, desarrollo y promoción de la salud: Enfoques, balances y desafíos. Recuperado de <http://www.comminit.com/la/node/149881>

Petracci, M. (2004). *Salud, derechos y opinión pública*. Buenos Aires: Editorial Norma.

Petracci, M.(2009). Comunicación estratégica y salud: reflexiones sobre la experiencia de promover el papanicolaou (pap) en un hospital público del Gran Buenos Aires, Argentina, *Revista Question*, 21, Buenos Aires.

Petracci, M. y Waisbord, S. (comps.). (2011). *Comunicación y salud en la Argentina*. Buenos Aires: La Crujía Editorial.

Petracci, M. y Waisbord, S. (2011). Introducción. En Petracci, M. y Waisbord, S. (comps.). *Comunicación y salud en la Argentina* (pp. 9- 23). Buenos Aires: La Crujía.

Petracci, M. y Waisbord, S. (2011). Conclusiones. En Petracci, M. y Waisbord, S. (comps.). *Comunicación y salud en la Argentina* (pp. 459- 462). Buenos Aires: La Crujía.

Ramos, S., Aguilera, A., Capriati, A., Lehner, P., Peña, L. y Tamburrino, M. (2012). *Estudio cualitativo sobre significaciones socioculturales, conocimientos y prácticas relativas al cáncer de mama, cuello de útero y colon. Informe sobre revisión de la literatura*. Buenos Aires: Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).



Sádaba, T. (2008). *Framing: el encuadre de la noticia. El binomio terrorismo-medios*. Buenos Aires: La Crujía Ediciones.

Sontag, S. (1998). *La enfermedad y sus metáforas*. Buenos Aires: Taurus.

Souza Minayo, M. (2013). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Souza Minayo, M., Ferreira Deslandes, S. y Gomes, R. (2004). *Investigación social: teoría, método y creatividad*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Toro, J. (2001). *El ciudadano y su papel en la construcción de lo social*. Santafé de Bogotá: BID.

Ugarte, A. (2012). Comunicación y salud: hacia una agenda de investigación compartida para Iberoamérica. *Revista de Comunicación y Salud*. 2 (1), 1-3.

Uranga, W. (2012). Sin comunicación no hay políticas públicas democráticas. En Rinaldi, L. (Comp.). *En el cruce de la política y la comunicación* (pp.114-134). Buenos Aires: La Crujía.

Volcy, Ch. (2007). Historia de los conceptos de causa y enfermedad: paralelismo entre la Medicina y la Fitopatología. *Iatreia*, 407-421.

Waisbord, S. (s/f). Árbol genealógico de teorías, metodologías y estrategias en la comunicación para el desarrollo. Fundación Rockefeller, Mimeo.

Waisbord, S. (2011). Cuando la salud es titular: dengue, gripe A y ciclos “mediáticos-epidémicos”. En Petracci, M. y Waisbord, S. (comps.). *Comunicación y salud en Argentina* (pp. 185- 197). Buenos Aires: La Crujía Editorial.



Wallack, L. (1996). Abogacía en los medios de comunicación: una estrategia para potenciar a personas y comunidades. En Organización Mundial de la Salud. *Promoción de la salud: una antología*. Publicación científica N° 557. Washington DC.

Wolf, M. (1996). *La investigación de la comunicación de masas. Críticas y perspectivas*. Buenos Aires: Paidós.