

## DEBATE SOBRE LA MAMOGRAFÍA COMO MÉTODO PREVENTIVO DE CÁNCER

EL DERECHO, LA OBLIGACIÓN  
Y UN MAR DE DUDAS

Las repercusiones tras el fallo del TCA que supone cambios en la normativa sobre la obligatoriedad de la mamografía para habilitar el carné de salud laboral en las mujeres, y que indica que debe existir consentimiento informado para las usuarias del sistema, sin intereses corporativos de por medio. Expertos nacionales e internacionales enfatizan la necesidad de informar sobre riesgos y beneficios de la mamografía. Por cada mil mujeres que se someten al cribado, cien son perjudicadas por recibir resultados a partir de falsos positivos.

AZUL CORDO

EL VIERNES PASADO **Brecha** informó sobre el fallo del Tribunal de lo Contencioso Administrativo (TCA) que anula y considera “ilegítima” la negativa del Ministerio de Salud (MS) a exonerar a una usuaria del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) de realizarse la mamografía obligatoria cada dos años (al menos) para obtener el carné de salud laboral.

El fallo interpreta que el decreto 571 del Poder Ejecutivo y la ordenanza 402 del Ministerio de Salud (MS), dictados en 2006, guardan una “invalidez absoluta” porque “limitan derechos fundamentales” como “el goce de la libertad” y “el derecho a no ser sometido a procedimientos terapéuticos o diagnósticos sin previo consentimiento informado”. Los ministros del TCA indican que “la limitación de derechos fundamentales sólo puede provenir de una ley, dictada por el Poder Legislativo por razones de interés general, (por lo que) el Poder Ejecutivo y el MS habrían extralimitado en el caso su parquet competencial, al actuar fuera de su ámbito de competencia, lo que tendría por consecuencia la nulidad de los actos reglamentados por los órganos incompetentes”. Además, el fallo señala que debe haber consentimiento informado para realizar estudios como la mamografía.

A una semana de conocerse públicamente el fallo, las autoridades del MS respondieron a **Brecha**: “No hacemos valoraciones sobre el juicio del TCA ni sobre las implicancias futuras”, por lo que no se sabe si la cartera sanitaria hará una nueva ordenanza que reglamente lo indicado por el tribunal respecto de decretar la no obligatoriedad de la mamografía cada dos años para el carné de salud, ni si desde ahora se exigirá el consentimiento informado para hacerse dicho estudio.

La respuesta que las autoridades del MS brindaron a este semanario –vía correo electrónico– redundaba en tecnicismos que alejan una vez más a la práctica médica de la comprensión de la mayoría de los usuarios del SNIS, inexperta en iones. Por otro lado, responde obviedades como que “los carnés de salud son para todos los trabajadores, hombres y mujeres que estudian, traba-



FOTO: ANDINA

jan, hacen actividad física, incluso para los niños, aunque se llama de distintas formas”, ante la pregunta de por qué se exige a las mujeres determinados estudios obligatorios para obtener dicho carné (como el PAP y la mamografía), mientras que eso no ocurre con los varones.

Desde el MS señalan que el carné “ha permitido controles periódicos despidiendo un conjunto de enfermedades o riesgos, que van desde la salud bucal, la visión, la hipertensión arterial y a partir de una serie de análisis de sangre y orina. Podríamos imaginar una realidad en que todos fuéramos a realizarnos con nuestro médico tratante controles periódicos, y que en ese contacto acordáramos cómo ayudarnos a mejorar nuestra salud, mejorar nuestro estilo de vida (...). Pero en la realidad, aunque hemos avanzado en el SNIS, cumpliendo las instituciones con una de las metas sanitarias que determina que cada usuario debe tener asignado un médico tratante, aún queda mucho por hacer. No están consolidados los mecanis-

mos para monitorear que quienes estén bajo la atención de ese médico tratante, en caso de que no concurren o abandonen su continuidad asistencial, se los contacte para invitarlos a controlarse”, reconocieron las autoridades.

**EN CAMPAÑA.** En la “Guía de práctica clínica de detección temprana de cáncer de mama” (MS, 2015) se indica que este tipo de cáncer es “la principal causa de muerte por cáncer en las mujeres” en Uruguay, pero en los últimos años ha disminuido en forma “sostenida” la mortalidad por esta causa. En la respuesta a **Brecha**, las autoridades ministeriales recordaron que “en el quinquenio 2006-2010 se diagnosticaron en promedio cada año 1.840 casos nuevos y se registraron más de 660 muertes anuales por esta causa”. Mientras que les resulta “preocupante” el aumento “marcado” de la mortalidad por cáncer de pulmón en la mujer, que “actualmente constituye la tercera causa de muerte por cáncer”. “En relación con la mortalidad por cáncer en general, en la mujer uruguaya se ha observa-

do un descenso leve pero sostenido, el cual es consecuencia fundamentalmente del descenso notorio del cáncer de útero y del cáncer de mama en las dos últimas décadas. El número anual de muertes por cáncer de pulmón en mujeres duplica actualmente el número de muertes por cáncer de cuello de útero, invirtiendo la relación que se observaba hace unas pocas décadas.”

Luego, las autoridades estiman que esta disminución en la mortalidad de mujeres por cáncer de mama “podría estar vinculada” a la detección temprana, a la mejora en los tratamientos y a la promoción de las Unidades de Mastología, donde “habría discusiones interdisciplinarias” para atender “cada caso”.

A pesar del alto rechazo a nivel global respecto de “obligar” a las mujeres a ser sometidas a mamografías, sumado a las controversias respecto de usar como “prevención” un tratamiento de detección precoz y de diagnóstico, ya que es una técnica con probados sobrediagnósticos y falsos positivos, la guía indica que “la

aplicación sistemática de la mamografía en mujeres asintomáticas es el único estudio de tamizaje que ha demostrado reducir la mortalidad por cáncer de mama”. Y agrega: “Se estima que la aplicación sistemática de la mamografía ha contribuido a la reducción de la mortalidad por cáncer de mama observada en los países en los que existe acceso a ésta. En Uruguay, los programas de detección temprana impulsados desde el Ministerio de Salud Pública y la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer, la capacidad instalada de equipos de mamografía y la legislación vigente pueden haber contribuido a la reducción sostenida de la tasa estandarizada de mortalidad por cáncer mamario observada desde mediados de los noventa”.

“Las estrategias para disminuir la mortalidad por este cáncer se centran en la detección temprana utilizando técnicas de tamizaje y diagnóstico precoz que han variado a lo largo de los años y que incluyen: autoexamen, examen clínico, mamografías, ecografías y resonancia magnética de mama”,

explica también la guía. “El tamizaje consiste en aplicar un test simple a individuos asintomáticos y aparentemente sanos para la detección de lesiones precancerosas o en una fase temprana de la enfermedad. El diagnóstico precoz consiste en hacer diagnóstico de la enfermedad al inicio de los primeros síntomas. Mientras que el tamizaje es una intervención desde el sistema de salud a la población, el diagnóstico precoz consiste en una acción de salud individual”, se añade basándose en documentos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2007.

A nivel nacional, 73,2 por ciento de las mujeres de 40 a 64 años se realizaron una mamografía en los últimos dos años, según la Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles (ENT) realizada en 2013. Sólo el 11,7 por ciento de las mujeres de ese grupo etario no se realizó nunca ese estudio.

En noviembre de 2015 el MS publicó la citada “Guía de práctica clínica de detección temprana de cáncer de mama”, donde establece el aumento de una década en la edad mínima para que las mamografías sean obligatorias cada dos años: de 40 a 50 años; lo que implicará que mujeres que tenían 40 en 2006 y fueron radiadas cada dos años en esta década —previando ser sometidas a este estudio diagnóstico hasta los 59 años—, ahora lo serán hasta los 69. El cambio se debe a que “la mamografía tiene mayor exactitud diagnóstica en las mujeres mayores de 50 años que en las mujeres más jóvenes”.

**Las autoridades estiman que la disminución en la mortalidad por cáncer de mama “podría estar vinculada” a la detección temprana, a la mejora en los tratamientos y a la promoción de las Unidades de Mastología.**

En esta línea argumental se basa la campaña del MS “La vida está ganando”, presentada el 13 de setiembre, en la que a través de cuatro cortometrajes se informa sobre “control de tabaco, alimentación saludable, actividad física, y diagnóstico oportuno de cáncer de mama y cáncer de cuello de útero”, teniendo en cuenta que la OMS considera como ENT prevalentes las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias.

**Prevenir vale más** es el título del corto que aborda los controles exigidos sobre PAP y mamografía. Dos amigas se encuentran en una sala de espera decorada con la foto de una enfermera haciendo la señal de silencio con su dedo índice. Paty le dice a Susy: “Vengo a cumplir con mi obligación de cada año: hacerme el PAP” (aunque la ordenanza establece que las mujeres entre 21 y 65 años deben realizarse dicho estudio una vez cada tres años, si los resultados son

## FIRMAS Y ATENEO

ANA ROSENGURTT, QUIEN presentara el recurso ante el Tribunal de lo Contencioso Administrativo (TCA) para que no se la obligara a hacerse una mamografía para obtener el carné de salud, relanzó esta semana su campaña para juntar firmas en Avaaz.org, denominada “Mamografía obligatoria en Uruguay: un problema científico y un abuso ético”. “Para que al fallo del TCA puedan ampararse todas las uruguayas que rechacen la mamografía obligatoria en el carné de salud, sigue abierta la campaña de firmas. Durante el próximo mes de octubre (mes del cáncer de mama), serán presenta-

das en una acción ciudadana al MS para que revea la normativa a la luz del fallo. Se invita a firmar a todos (mujeres comprendidas en la normativa o no, hombres, de Uruguay, del exterior)”.

El martes 4 de octubre a las 18 horas se realizará un ateneo sobre aspectos bioéticos de la sentencia del TCA sobre obligación del examen de mamografía en carné de salud, en el salón 204 del Anexo de la Facultad de Derecho de la UDELAR. Participarán el doctor Guido Berro y la doctora Mariana Blengio Valdés. Inscripciones: ius@netgate.com.uy. ■

normales). Luego Paty concientiza a Susy sobre la importancia de hacerse la mamografía, ya que su amiga no va al médico porque no le duele nada y no tiene antecedentes familiares de cáncer de mama. “No tiene nada que ver si te duele o no, si sentís algo o no. Y eso de los antecedentes familiares es tan relativo... A todas nos puede pasar —responde Paty—. La mamografía no duele. Duele más que te saquen el bigote con la cera.”

**AURA RADIATIVA.** Desde el MS puntualizaron “algunos datos de interés respecto del riesgo de la irradiación asociada a la mamografía”: “La mamografía utiliza radiación ionizante, que puede provocar mutaciones que aumentan el riesgo de cáncer. Si bien la estimación del riesgo asociado a un estudio radiológico es controversial, debido a la naturaleza estocástica del daño provocado y la escasa información epidemiológica disponible, existe consenso en que el riesgo de la mamografía estándar, realizada a pacientes mayores de 40 o 50 años en forma anual o cada dos años, es extremadamente bajo y mucho menor que el beneficio en reducción de mortalidad observado en varios estudios randomizados. Con base en estos resultados, los principales grupos e instituciones de referencia internacional realizan recomendaciones sobre el diagnóstico oportuno del cáncer de mama y recomiendan la mamografía anual o cada dos años a partir de los 50 años. La mamografía tiene mayor exactitud diagnóstica en las mujeres mayores de 50 años que en las mujeres más jóvenes. Por otra parte, la realización del estudio cada dos años tiene menor riesgo (el principal riesgo es el sobrediagnóstico, pero también se reduce el riesgo de falsos positivos y el pequeño riesgo asociado a la irradiación) que la realización en forma anual, incrementando la relación beneficio/riesgo. Respecto de la exposición a radiaciones durante la mamografía, hay que aclarar que la dosis promedio que reciben las glándulas mamarias con una mamografía estándar (consistente en dos incidencias de cada mama), es de 3,7 mSv para la mamografía digital y de 4,7 mSv para la mamografía convencional. Esta dosis es mucho menor a la que recibe una persona con un PET-TC (25 mSv) o una sola tomografía computada de tórax y abdomen (12 a 20 mSv) y es muy poco probable que resulte perjudicial. Es interesante señalar que la irradiación ambiental anual que recibe una persona pro-

medio es de aproximadamente tres mSv, casi igual a la que recibe con una mamografía”.

No obstante, la Academia Nacional de Medicina del Uruguay advierte que: “Si se toma como unidad de irradiación la generada por una placa de tórax de frente, que es de 0,01 mSv, y se la compara con otros procedimientos de uso cotidiano, tendríamos que una mamografía equivale a 300 placas de tórax, una TAC de abdomen a 1.000, un colon por enema a 1.500 y una TAC neonatal a 2 mil. Otro modo de presentar gráficamente esta realidad es comparar la irradiación producida por los estudios con la natural. Así si una placa de tórax equivale a diez días, una mamografía a tres meses y una TAC de abdomen a tres años”<sup>1</sup>

Peter Göttsche es biólogo, médico e investigador, director del Centro Nórdico de Colaboración Cochrane, en Copenhague. En 2013 publicó **La detección de cáncer de mama con la mamografía**, libro referencial para el debate respecto del uso de la mamografía como método de prevención y detección precoz. Basado en revisiones sistemáticas sobre 1.000 mujeres mayores de 50 años de edad que participaron en screening por diez años o más (grupo de cribado), en comparación con 1.000 mujeres de la misma edad que no participaron en el cribado durante el mismo periodo, Göttsche cuestiona cuál es el beneficio real de la mamografía de cribado y qué tan frecuentes son los daños potenciales. Entre los resultados de ese estudio señala: 1) De las 1.000 mujeres que no recibieron screening (cribado), cinco murieron por cáncer de mama. De las 1.000 que recibieron screening murieron

**A nivel nacional, 73,2 por ciento de las mujeres de 40 a 64 años se realizaron una mamografía en los últimos dos años, según la Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades No Transmisibles (2013).**

cuatro por esta enfermedad. 2) En cada uno de los grupos, 21 mujeres murieron por otros tipos de cáncer. 3) Unas 100 mujeres de las 1.000 que fueron sometidas a cribado tuvieron falsos positivos o biopsias. De las 1.000 sin radiación, ningun-

na sufrió estos efectos. 4) A cinco de las 1.000 mujeres en el grupo de cribado les fue quitada una mama por completo o parcialmente en forma innecesaria.

Para Homero Bagnulo, ex presidente del Fondo Nacional de Recursos (2000-2005), la clave es que “nada puede ser obligatorio y cada usuario del sistema de salud tiene derecho a la autodeterminación. La obligatoriedad debe ser sólo para enfermedades transmisibles, que ponen en riesgo a otros”.

“Aparatos como los mamógrafos pueden mejorar con el tiempo y generar menos radiación, pero en estos casos hay que poner más el acento en el derecho a decidir sobre el cuerpo y la vida, como dice el TCA, contar con un consentimiento informado pedido por un médico de familia —para que no medien intereses corporativos—, que los screening sean indicados por epidemiólogos y no por los oncólogos —no puede indicar una mamografía un médico que posee un mamógrafo, por ejemplo—, conocer otras formas de prevención y, sobre todo, falta formar una masa crítica entre quienes manejan los mamógrafos.” En este sentido, Bagnulo sostuvo que “en algunos lugares del país los tomógrafos están subutilizados. Se cuestiona al aparato, pero no a quien está detrás”. Advirtió que “los técnicos no tienen demasiada experiencia y no se ha generado la suficiente capacitación; deberían ser entrenados mediante cantidad de exámenes realizados y suficiente supervisión. Esto se solucionaría con capacitaciones a distancia (telemedicina)”.

Además el experto exhortó a implementar una segunda opinión perceptiva. “Está demostrado que la segunda opinión disminuye los errores. Los estudios deben ser vistos mínimamente por dos personas, y si no se ponen de acuerdo, por una tercera. Eso acá no se hace como regla, sino excepcionalmente, y depende de la búsqueda de otro profesional por parte del usuario, si éste manifiesta dudas sobre el diagnóstico.”

Bagnulo cuestionó el manejo de datos del MS sobre detección precoz de cáncer de mama y resaltó los sobrediagnósticos y falsos positivos de la técnica: “Atrás de algunos screening hay trampas metodológicas. Si diagnóstico cosas que no son ni van a ser (por ejemplo, cánceres malignos), mis resultados van a ser mejores. Se diagnostican pre-hipertensiones, pero nunca serán hipertensiones verdaderas. Puedo diagnosticar muchísimas potenciales hiper-

tensiones, pero muchos de esos enfermos no tenían gravedad”. Se utilizan números absolutos que maximizan los beneficios y minimizan los riesgos, brindando información falseada: “En mamografía existen los incidentalomas: desarrollos incidentales, que nunca desarrollan enfermedad y me obligan a hacer más estudios y operaciones para probar si existe lo que quiero diagnosticar. Lo que genera una agresión y un daño emocional muy importante. Eso enferma a la persona, y no se ha cuidado lo suficiente hasta ahora, como no se ha explicado a la gente los problemas que pueden aparecer por una mamografía”.

**¿Y AHORA?** Se pregunta Miguel Pizzanelli, médico de familia de Florida, integrante de la Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria (SUMEFAC), que siguió el caso de Ana Rosengurtt sobre el que falló el TCA, y ha publicado artículos sobre “el conflicto ético y la no protección del principio de autonomía en Uruguay en el caso del uso de mamografía como cribado”.

“Esta desigual lucha que ha emprendido una mujer contra la prepotencia médica ha llegado a un estado que podríamos decir de logro o victoria, luego de cuatro años de pujas y litigios. El TCA concluye que no puede obligarse a la paciente a hacerse el estudio y que debe otorgarse el carné de salud. Más allá de la posición científica o personal que cada uno tenga con el cribado para cáncer de mama por mamografía, y todos saben que tengo una

**Bagnulo “Nada puede ser obligatorio y cada usuario del sistema de salud tiene derecho a la autodeterminación. La obligatoriedad debe ser sólo para enfermedades transmisibles, que ponen en riesgo a otros.”**

personal, lo que más preocupa no son las posiciones personales, sino todas las situaciones personales de señoras que están allí afuera y deben reflexionar en este marco confuso en el que estamos. ¿Qué ocurre con las demás uruguayas que piensan de un modo semejante? ¿Cómo se sale de la situación actual en la que tenemos un conflicto entre las recomendaciones actuales de las guías del Ministerio de Salud y el decreto que obliga a las trabajadoras a hacerse mamografías cada dos años? ¿Cuándo se darán por enteradas las instituciones que siguen pidiendo mamografía desde los 40 años, cuando la recomendación de la actual guía del ministerio es desde los 50?” La polémica se reinstala a pocas horas de comenzar octubre, mes de sensibilización contra el cáncer de mama. ■

1. Academia Nacional de Medicina del Uruguay, ley de protección radiológica (19.056), [www.anm.org.uy/index\\_htm\\_files/LEY%20DE%20PROTECCION%20RADIOLOGICA.pdf](http://www.anm.org.uy/index_htm_files/LEY%20DE%20PROTECCION%20RADIOLOGICA.pdf)