

¿Cómo podríamos lograr mejorar la prevención secundaria del cáncer de mama a nivel municipal?

María Eugenia De Carli,
Martín Garaycochea,*
Ingrid Sehringer,** Gustavo
Fernández,** Mabel Kiese***

Resumen

Introducción

El cáncer de mama representa una problemática mundial y un desafío clave para el sistema de salud: es la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres en los países desarrollados y en la mayoría de los países en vías de desarrollo, y más de la mitad de los decesos ocurren en países de bajos o medianos ingresos. Existe consenso en la literatura científica de que una de las medidas más efectivas para reducir la mortalidad por cáncer de mama es la prevención secundaria.

En Argentina, cerca del 30% de las pacientes con cáncer de mama se diagnostica en estadios avanzados. Por lo tanto, detectar, para reducir las eficazmente, las barreras de acceso a un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno se convierte en un imperativo.

Objetivo

El objetivo de este trabajo fue realizar un análisis a nivel municipal de la situación en la que nos encontramos en materia de prevención secundaria del cáncer de mama para poder confeccionar un plan de acción a fin de lograr incrementar su detección precoz a dicho nivel. Nos preguntamos: ¿Dónde estamos? ¿Dónde queremos estar? ¿Cómo lo logramos?

Material y método

Análisis retrospectivo de la población femenina de Berazategui con la intención de conocer cuántos controles mamarios realiza.

* Servicio de Cirugía, Hospital Zonal General de Agudos Descentralizado Evita Pueblo de Berazategui.

** Servicio de Cirugía, Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich.

Correo electrónico de contacto:
marujidc@yahoo.com.ar

Resultados y Conclusiones

Del análisis del presente trabajo, surge la problemática de una escasa cobertura de los pilares del control mamario para lograr disminuir la mortalidad, así como el planteo de propuestas a nivel local para lograr mejorar la situación con medidas básicas centradas en la educación de la población y en llegar con la palabra a la gente.

Palabras clave

CÁNCER DE MAMA. PREVENCIÓN SECUNDARIA. *SCREENING* MAMOGRÁFICO. EXAMEN FÍSICO. AUTOEXAMEN MAMARIO. POLÍTICAS SANITARIAS.

Summary

Introduction

Breast cancer is a global problem and a key challenge for the health system: it is the leading cause of cancer death among women in developed countries and most developing countries, and more than half of deaths occur in low and middle income. There is consensus in the literature that one of the most effective measures to reduce mortality from breast cancer is secondary prevention.

In Argentina, about 30% of patients with breast cancer are diagnosed in advanced stages. Detect, to effectively reduce, barriers to early diagnosis and treatment becomes imperative.

Objective

The aim of this study was to analyze at the municipal level where we are in secondary prevention of breast cancer to make a plan of action to achieve the increase early detection of breast cancer at that level. Where are we? Where we want to be? How we did it?

Materials and method

Retrospective analysis of the Berazategui women population in order to know how many breast controls they performed.

Results and Conclusions

From the analysis of this paper incomes the problem of a low coverage of the pillars to achieve breast screening reduce mortality arises, and proposals at the local level in order to improve the situation with basic measures focusing on education of the population and reaching people with the word.

Key words

BREAST CANCER. SECONDARY PREVENTION. SCREENING MAMMOGRAPHY. PHYSICAL EXAMINATION. BREAST SELF-EXAMINATION. HEALTH POLICIES.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama representa una problemática mundial y un desafío clave para el sistema de salud: es la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres en los países desarrollados y en la mayoría de los países en vías de desarrollo, y más de la mitad de los decesos ocurren en países de bajos o medianos ingresos.¹

Actualmente, el cáncer de mama es un problema de salud pública no reconocido como prioritario por la mayoría de las autoridades de salud en la región de las Américas, pese al continuo incremento de las tasas de incidencia y mortalidad. En América Latina se constituye como la primera causa de muerte por neoplasias malignas femeninas.^{1,2}

De acuerdo con la regionalización de la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer, en 2002, la tasa más alta de cáncer de mama en América Latina y El Caribe se presentó en Sudamérica, con 46 casos por 100 mil mujeres, y son Argentina y Uruguay, en el cono sur, los países que presentan las mayores tasas de incidencia.^{1,2}

Todos los países pueden, en alguna medida, implementar los cuatro componentes básicos del control del cáncer –prevención, detección temprana, diagnóstico y tratamiento y cuidados paliativos– y, de ese modo, evitar o curar la mayoría de los cánceres, así como paliar el sufrimiento. En mayo de 2005, la OMS adoptó la resolución de prevenir y controlar el cáncer (WHA58.22), llamando a los miembros de los diferentes Estados a intensificar las acciones contra esa enfermedad mediante la implementación y refuerzo de los programas de control del cáncer.³

Dicho control incluye reducir la incidencia, morbilidad y mortalidad del mismo y mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer en una población definida, a través de la implementación sistemática de interven-

ciones basadas en la evidencia para la prevención, detección precoz, diagnóstico y tratamiento y cuidados paliativos.^{3,4}

El trabajo conjunto de sociedades y gobiernos permitirá mejorar la prevención y control del cáncer y eliminar la desigualdad en el acceso a los servicios de salud. Para ello, se requiere un mayor compromiso para el fortalecimiento de las políticas de salud y los esquemas financieros para la prevención y atención integral de esa enfermedad así como el apoyo de la sociedad para elevar el nivel de empoderamiento de las mujeres. El cáncer de mama puede ser detectado en forma temprana y tratado con eficacia. Este es el mensaje que la OPS está promoviendo durante todo el mes de octubre, celebrado como el mes de concientización del cáncer de mama.^{1,3,4,5,6}

Actualmente, existe consenso en la literatura científica de que una de las medidas más efectivas para reducir la mortalidad por cáncer de mama es la prevención secundaria: la detección temprana y el diagnóstico en estadios más iniciales mejoran el pronóstico de la enfermedad.²

Debido a la amplitud de los temas relacionados con la respuesta de los sistemas de salud al cáncer de mama, esta presentación se centra en el tema de la detección temprana sin que esto implique demérito de la importancia de otras áreas de enfoque de las acciones gubernamentales, como el diagnóstico o el tratamiento.^{1,2,3,4,5,6}

A partir del ingreso del cáncer de mama a las prioridades programáticas en materia de salud de algunos gobiernos de América Latina, en muchos de los países se han desarrollado programas específicos para la detección temprana de la enfermedad.^{1,2}

Los factores y barreras que explican por qué un porcentaje tan reducido de la población llega a la detección temprana son de la oferta y de la demanda. Destaca la falta de sensibilización de las mujeres ante este problema. En particular, existen grandes deficiencias en la información sobre cáncer mamario no solo entre la población general sino también entre los proveedores de servicios de salud.^{7,8}

Por ende, detectar para reducir eficazmente las barreras de acceso a un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno se convierte en un imperativo.⁸

Generalmente, se da por supuesto que el diagnóstico tardío se debe a la falta de información de la población y a una deficiente cobertura de los programas de tamizado y control; sin embargo, hay muy pocos estudios de investigación sobre las causas de retraso en la atención médica para el cáncer de mama en los países subdesarrollados.⁸

En Argentina, cerca del 30% de las pacientes con cáncer de mama se diagnostica en estadios avanzados; no obstante, la investigación sobre barreras de acceso y demora es prácticamente inexistente.⁸

Varios estudios muestran específicamente cómo el género influye en el proceso de interpretación de los síntomas, avalando que el papel tradicional de la mujer abarca responsabilidad social con relación a la familia y que tienen una tendencia a descuidar y minimizar la importancia de su propia salud. Otros estudios relacionan el nivel educativo con el acceso al sistema de salud: las personas de bajo nivel educativo y socioeconómico son las más afectadas.^{9, 10, 11, 12, 13}

Los países latinoamericanos enfrentan un gran reto en extender la detección temprana y reducir la proporción de casos diagnosticados en fases tardías, cuando la probabilidad de supervivencia es mucho más baja y los tratamientos requeridos son más caros e invasivos.^{1, 2, 4, 14, 15}

Las estrategias para acortar la demora por parte de las pacientes probablemente serán de naturaleza educativa, mientras que las intervenciones para reducir la demora por parte del sistema serán cambios organizativos que disminuyan la complejidad de los trámites y el acceso al mismo.^{14, 15, 16, 17, 18}

Los dos tipos principales de mamografía comprenden la mamografía de cribado o tamización y la mamografía diagnóstica o de consulta. La primera es la que se utiliza para la detección sistemática de cáncer de mama insospechado en pacientes asintomáticas, en tanto que la mamografía diagnóstica es la que se utiliza para evaluar las mamas de pacientes con síntomas mamarios (incluyendo los hallazgos mamográficos).¹⁹

Cuando hablamos de *prevención secundaria*, nos referimos a las medidas tendientes a diagnosticar precozmente una enfermedad. Existen dos componentes esenciales en los programas de detección temprana del cáncer: el diagnóstico temprano y el *screening*. A su vez, el *screening* puede ser sistemático u oportunista (no sistemático). Los métodos de *screening* deben ser simples de aplicar, de costo reducido, fáciles de realizar y de interpretar y deben permitir diferenciar los individuos que tienen una enfermedad de aquellos que no la padecen.^{1, 2, 3, 4, 5}

El *screening* o chequeo poblacional comprende las medidas de prevención secundaria ofrecidas por la estructura sanitaria a la población. La tamización o *screening* individual oportunista es aquel en que el paciente concurre voluntariamente a la consulta y allí ingresa al programa de estudio. Esta práctica no reduce la mortalidad global por cáncer de mama.

El *screening* mamario se realiza mediante tres herramientas:^{1, 19, 20}

- Autoexamen mamario: no ha demostrado disminuir la mortalidad; es útil en poblaciones con difícil acceso al sistema de salud.
- Examen clínico.
- Mamografía. La mamografía reúne algunos de los requisitos de los estudios de *screening* y es la mejor herramienta disponible para la detección del cáncer de mama en sus estadios iniciales. Es el único método de *screening* para cualquier patología maligna que demostró ser efectivo mediante estudios randomizados: detecta el 95% de los casos de cáncer de mama.

En lo que se refiere a los programas de tamizaje, si bien las normativas establecen el uso de la mamografía como una acción para la detección temprana, estos se hacen como programas de tamizaje de oportunidad y no como tamizaje poblacional organizado.^{1, 8}

Cada año, millones de pacientes con cáncer podrían ser salvados de una muerte prematura y del sufrimiento si tuvieran acceso a tiempo a un diagnóstico temprano y tratamiento. Es sabido por todos que la detección temprana se basa en el concepto de que cuanto más pronto se realiza el diagnóstico, más efectivo es el tratamiento y mayor la sobrevida alcanzada.^{1, 2, 3, 4, 5, 8} Sin detección temprana, se incrementan sustancialmente los costos del tratamiento, los recursos son usados de manera ineficiente y la necesidad de cuidados paliativos aumenta innecesariamente.

Los programas de detección temprana incluyen la educación del público y de los profesionales de la salud en la búsqueda de enfermedad subclínica, asegurándose la participación en dicho programa de un alto porcentaje de la población.

Un programa de *screening* es más complejo de implementar que un programa de diagnóstico temprano. En un programa de *screening*, un test efectivo necesita ser aplicado en más del 70% de la población en riesgo. Se debe implementar toda la infraestructura y los recursos necesarios para ofrecer el test seleccionado en forma periódica y el tratamiento adecuado a aquellos en quienes se arribe al diagnóstico de cáncer o de lesiones sospechosas subclínicas. Y, a su vez, se debe ofrecer un plan de seguimiento a aquellos pacientes diagnosticados y tratados efectivamente. El *screening* sistemático u organizado es mucho más costo-efectivo que el no sistemático u oportunista, causando también menor daño en la sociedad, ya que es el método indicado para lograr un diagnóstico precoz, logrando disminuir así la mortalidad, aunque generando inevitablemente sobrediagnóstico y el sobretratamiento.^{1, 3, 6, 8}

OBJETIVO

El objetivo del presente trabajo es realizar un análisis a nivel municipal de dónde estamos en materia de prevención secundaria del cáncer de mama para poder confeccionar un plan de acción a fin de lograr incrementar la detección precoz de esa enfermedad a dicho nivel. Nos preguntamos: ¿Dónde estamos? ¿Dónde queremos estar? ¿Cómo lo logramos?

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio epidemiológico, observacional, retrospectivo y descriptivo.

Los datos se recabaron: del *Boletín Epidemiológico. Análisis de Situación de Salud*, de agosto de 2013 de la Provincia de Buenos Aires; del *Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2010* del Ministerio del Interior y Transporte-Presidencia de la Nación Argentina; de la página oficial del Instituto Nacional del Cáncer, *Diagnóstico de Situación del Programa Nacional y Programa Provinciales del Cáncer de Mama en Argentina. Informe final*, julio 2010; del Registro del Cáncer de Mama: *Características epidemiológicas del cáncer de mama en el Área Metropolitana del Gran Buenos Aires y La Plata*, 2010; del Relevamiento Nacional *Conocimiento, actitudes y percepción de las mujeres sobre salud mamaria*, 2007; y de los datos estadísticos disponibles a nivel municipal en Berazategui desde junio de 2013 a septiembre de 2014 inclusive.

Considerando que el trabajo está enfocado en el diagnóstico precoz del cáncer de mama a nivel municipal, se analizó: población total de Berazategui; población femenina en rango de *screening*; necesidades básicas insatisfechas; condición de alfabetismo; tipo de cobertura de salud; y número de consultas en el Servicio de Patología Mamaria y cantidad de mamografías realizadas. Para los ítems de consultas en el Servicio de Patología Mamaria y de mamografías, se dividió a la población por grupos etarios en: menores de 40 años, entre 41 y 50 años, entre 51 y 60 años y mayores de 61 años; se tuvieron en cuenta los dos mamógrafos disponibles a nivel municipal, uno analógico, ubicado en el Centro de Salud Dr. Javier Sábato, y otro digital, ubicado en el Hospital Zonal General de Agudos Evita Pueblo de Berazategui.

Tabla I. Distribución de la población femenina por grupo etario

Grupo etario	Total
Menores de 40 años	106.936
41 a 50 años	19.144
51 a 60 años	16.081
60 a 70 años	12.330
Mayores de 70 años	11.145

RESULTADOS

El municipio de Berazategui cuenta con: 221 km² de superficie total; una densidad poblacional de 1.467 habitantes/km²; una población total, a 2010, de 324.244 habitantes, de los cuales 165.636 son mujeres. Divididas por grupo etario, encontramos la distribución que se observa en la Tabla I.

Tabla II. Mamografías analógicas según mes y grupo etario. Centro de Salud Dr. Javier Sábato

Mes	Menores de 40 años	41 a 50 años	51 a 60 años	Mayores de 60 años	Total
Junio 2013	5	15	39	1	60
Julio 2013	4	16	32	3	55
Agosto 2013	2	11	26	11	50
Septiembre 2013	11	20	37	5	73
Octubre 2013	17	29	35	4	85
Noviembre 2013	6	25	38	2	71
Diciembre 2013	7	19	32	6	64
Enero 2014	5	22	35	0	62
Febrero 2014	10	26	43	6	85
Marzo 2014	13	23	46	5	87
Abril 2014	9	17	36	11	73
Junio 2014	7	22	32	5	66
Julio 2014	8	24	39	8	79
Agosto 2014	11	25	40	9	85
Septiembre 2014	17	31	42	15	105

Del total de 93.164 hogares, al menos un 10% presenta Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), entendiéndose por tales las cinco siguientes: déficit habitacional, déficit sanitario o de red cloacal, hacinamiento, analfabetismo e incapacidad de subsistencia. El índice de analfabetismo es del 1,23%, el índice de hacinamiento del 5,33% y la tasa de desocupación del 7,66%.

A su vez, si consideramos la cobertura social, encontramos un 55,53% de los habitantes sin cobertura social y un 44,47% con cobertura social o algún plan de salud –en la Provincia de Buenos Aires el 35% de la población no cuenta con cobertura de salud.

Con respecto al ítem *cantidad de mamografías realizadas* en el período que se tuvo en cuenta –comprendido entre junio de 2013 y septiembre de 2014–, registramos un total de 2.540: 1.100 se hicieron en el Centro de Salud Dr. Javier Sábato, que cuenta con mamógrafo analógico, y 1.440 en el Hospital de Berazategui, que cuenta con un mamógrafo digital. Si las divi-

dimos por centro de salud, teniendo en cuenta mes y grupo etario, obtenemos las Tablas II y III, respectivamente.

Como dato relevante, interesa destacar que el déficit hallado en marzo de 2014 en los estudios digitales y en mayo de 2014 en los estudios analógicos se debió, respectivamente, a la ausencia de las placas correspondientes y de líquido de revelado. A su vez, importa aclarar que los estudios del Centro de Salud los realizan técnicos e informan médicos, mientras que los estudios hospitalarios son tanto realizados como informados por médicos residentes de 1^{er} año tutorizados por instructor y médicos de planta, dato importante al realizar los análisis cuantitativos correspondientes.

En el hospital existen dos consultorios de patología mamaria: uno dependiente del Servicio de Ginecología y Obstetricia y otro dependiente del Servicio de Cirugía General.

Se atendieron por Consultorio de Patología Mamaria un total de 1.560 pacientes; específicamente, hubo 30 consultas semanales por año.

Dentro de la organización municipal, Berazategui tiene 36 salas periféricas de Atención Primaria de la Salud, de las cuales 6 cuentan con servicio médico de guardia y ambulancia las 24 horas cubriendo las consultas

Tabla III. Mamografías digitales según mes y grupo etario. Hospital de Berazategui

Mes	Menores de 40 años	41 a 50 años	51 a 60 años	Mayores de 60 años	Total
Junio 2013	14	25	30	18	87
Julio 2013	28	46	36	20	130
Agosto 2013	24	49	29	15	117
Septiembre 2013	15	33	38	21	107
Octubre 2013	21	54	34	26	135
Noviembre 2013	10	34	19	10	73
Diciembre 2013	7	26	21	10	64
Enero 2014	14	33	18	8	73
Febrero 2014	3	7	12	10	32
Marzo 2014	3	5	6	4	18
Abril 2014	10	20	28	19	77
Mayo 2014	14	34	34	25	107
Junio 2014	16	45	35	13	109
Julio 2014	17	51	37	19	124
Agosto 2014	15	27	28	17	87
Septiembre 2014	12	31	40	17	100

de urgencia y 30 cuentan con organización de consultorios de demanda espontánea cubriendo las necesidades básicas, dentro de los cuales se incluyen consultorios de clínica médica y ginecología.

Un dato muy interesante a rescatar es que únicamente durante el mes de octubre se realizan campañas de concientización, que incluyen material de prensa que promueve el examen mamario periódico y la mamografía y una caminata por el municipio al finalizar el mes.

DISCUSIÓN

Si en el siglo xx se ha desarrollado la medicina científica y se han implantado los sistemas sanitarios de responsabilidad pública para ocuparse de la asistencia de las enfermedades de los individuos, es en las décadas comprendidas entre 1990 y 2010 donde se viene produciendo un cambio sustancial de las actuaciones médicas, concurriendo en ellas la evidencia científica y la prevención individual de las enfermedades en el ámbito del ejercicio profesional.

A la asistencia clínica, se ha incorporado la prevención de las enfermedades crónicas a través de la detección precoz en personas asintomáticas, con el deseo de predecir las enfermedades y, en consecuencia, intervenir médicamente en estadios en los que anteriormente no eran reconocidas las enfermedades, las deficiencias o los estados de riesgo de enfermar: es la prevención secundaria de las enfermedades, por medio de la realización de pruebas diagnósticas en personas sin enfermedad, pensando que tales pruebas van a rendir en el diagnóstico del mismo modo que en las personas enfermas. Se produce de esta manera el encuentro de la medicina clínica asistencial con la medicina preventiva; o, en otros términos más exactos, la incorporación de la prevención individual de la enfermedad al ejercicio clínico habitual.

Dos concepciones de la salud y de la enfermedad se encuentran, dos conocimientos complementarios, dos especialidades, dos metodologías: la de la especialidad asistencial clínica y la de la ciencia de la salud, servida por la epidemiología y la salud pública. Objetivo común de ambas es la salud y el bienestar del ciudadano, cuyo coste en unas áreas del mundo se soporta por fondos privados, en otras por regímenes de aseguramiento

obligatorio y en otras por financiación pública. Y, dado que las intervenciones clínicas preventivas van en aumento desde cualquier ámbito y especialidad, es necesaria la búsqueda de la mayor efectividad del resultado en salud al menor coste, que es un proceso complejo sobre el que los profesionales debemos reflexionar.⁵

La detección precoz de las enfermedades por medio de un *screening* o cribado diagnóstico persigue la identificación presuntiva de una enfermedad, deficiencia o riesgo no conocidos por aplicación de pruebas en una persona durante el período asintomático o subclínico de la enfermedad. Es de aplicación en enfermedades cuya prevención primaria es difícil de abordar o es inexistente, pues, en caso contrario, es obligada la exigencia del cumplimiento tanto individual como público de conductas e intervenciones que eviten la incidencia de la enfermedad en las personas o en las poblaciones, anteponiendo la aplicación de estrategias preventivas poblacionales a las individuales.^{1,2,3}

Este diagnóstico de presunción llevado a cabo por el *screening* o cribado tiene un fin: tratar la enfermedad, por lo que el tratamiento forma parte de la prevención. Sin tratamiento no hay prevención secundaria.⁴ Las personas de alto riesgo se van a beneficiar más y el *screening* va a tener mayor rendimiento.

Resulta obligado realizar el *screening* en personas o grupos de personas seleccionadas con prevalencia alta, y, en sentido opuesto, no debe aplicarse a personas de baja probabilidad previa de tener la enfermedad. El indicador válido de la prevención secundaria a través de la detección precoz es el descenso de la mortalidad.

Analizando los datos del presente trabajo, se llega a la conclusión de que, a nivel municipal, se realiza únicamente *screening* oportunista y no sistemático.

En nuestro país, en el Consenso Intersociedades del año 2006, se sugiere:²¹

- Autoexamen mamario mensual a partir de los 20 años.
- Examen clínico anualmente, a partir de los 30 años.
- Mamografía: Mx de base a los 35 años, y luego anual a partir de los 40 años. En pacientes con riesgo aumentado, a partir de los 35 años o 10 años antes de la edad en que fue diagnosticado el cáncer en pariente cercano.

Teniendo en cuenta la población femenina en rango de *screening* mamográfico –que incluye pacientes entre 40 y 70 años– en el municipio de Berazategui, estaríamos frente a un total de 47.555 mujeres que deberían estar realizándose el estudio. Si, de ese total, tomamos el porcentaje de pacientes sin obra social –que era del 55,53%–, entonces, 26.407 pacientes

deberían ser incluidas en programas de detección que se llevan a cabo a nivel público. Revisando los números de mamografías realizadas, obtenemos un total de 2.540, por lo que se estima que hay 23.867 pacientes que no realizan control mamográfico anual.

Por otro lado, tenemos 30 consultas semanales al servicio de patología mamaria, que multiplicadas por 52 semanas –que son las incluidas en un año de atención– nos da un total de 1.560 mujeres que estarían haciendo control mamario mediante examen físico, lo que, finalmente, nos dejaría un total aproximado de 22.307 pacientes que no estarían efectuando control mamario en tiempo y forma, o, dicho de otra manera, solo son 4.100 pacientes las que están bajo seguimiento clínico mamográfico. En porcentual, sería un 84,47% de población femenina exenta de control, o solo un 15,53% bajo control mamario.²³

Por otro lado, del resumen y análisis del *Boletín Epidemiológico 2007* que se efectuó en forma de encuesta, surgen ciertos datos a comparar o tener en cuenta. El 66% de las mujeres se realizó al menos una mamografía y el 38% refiere hacerse mamografía anualmente. De las que respondieron no haberse realizado mamografía, un alto porcentaje expresó: “Porque nadie le dijo que debía hacerlo”, lo que resalta el déficit de educación en salud. Se observó un mayor porcentaje de realización de mamografías en el nivel socioeconómico alto y medio (45%) y un porcentaje menor en el nivel socioeconómico bajo (32%). Esto representa un 22% más que en nuestro municipio.

A su vez, en la encuesta de las que se realizaron mamografías, el 81% respondió que le revisan las mamas en la consulta, mientras que, de las que no se hicieron mamografías, el 67% respondió que no le revisan las mamas en la consulta médica. De las pacientes que se atendieron a nivel municipal en el Consultorio de Patología Mamaria, al 100% se le practica examen físico.

Otros dato relevante a tener en cuenta para incluir en el análisis es que el 75% de las mujeres respondió que se realiza el autoexamen mamario, pero solo el 45% de ellas lo hace en forma regular –lo que equivale al 34% del total de las mujeres según la encuesta nacional–. Este dato no se obtuvo a nivel del trabajo presentado.

Las respuestas más frecuentes a la pregunta sobre el porqué de la no realización de dicho autoexamen fueron: “No sé realizarlo”, el 33%; y “Nadie me dijo que debía realizarlo”, el 16%.

Continuando con el análisis de los datos obtenidos de la encuesta, las mujeres consultan en mayor porcentaje al clínico que al ginecólogo, y esta tendencia es mayor a medida que aumenta la edad de las mujeres.

A su vez, se observa un menor porcentaje de visitas al ginecólogo (pero no al clínico) en niveles educativos y socioeconómicos menores. Por su parte, a nivel municipal, se cuenta con alto número de oportunidades para satisfacer la demanda de consulta ya que en las 30 salas hay ambas especialidades médicas.²²

Por último, el 50% contestó conocer el cáncer de mama por haberse informado a través de los medios de comunicación (TV, radio y gráfica). Este porcentaje es mayor en las mujeres que no se realizaron mamografías, que se atienden en el sistema de atención médica pública y que pertenecen al grupo etario 40-50 años y al nivel socioeconómico bajo.

Por su parte, las que respondieron conocer la enfermedad a través de su médico, se encuentran dentro de la atención médica por sistema prepago y pertenecen al nivel socioeconómico alto y medio. Estos datos deberían ser considerados en estrategias de educación y/o campañas de detección temprana.^{22,23}

Todas las mujeres, independientemente de su edad, del sistema de atención médica en que se atienden, del nivel de educación y del nivel socioeconómico, han demostrado alto conocimiento respecto de: la mamografía como método de detección; las probabilidades a lo largo de la vida de tener un cáncer de mama; la importancia de la detección temprana; y las posibilidades de curación.²²

Propuestas

- Compartir esta información con: las sociedades científicas de mastología, ginecología y medicina interna del resto del país; las autoridades sanitarias nacionales, provinciales y municipales; eventualmente, los colegios médicos.
- Organizar actividades informativas y/o educativas para la comunidad y médicos a nivel municipal.²²
- Utilizar los medios de comunicación masiva locales (televisión, radio, prensa escrita y prensa web) previa autorización de las autoridades sanitarias. Resaltando:
 - Que consulte al médico; que le revisen las mamas y la realización de la mamografía, sin olvidar el valor del autoexamen mamario mensual a partir de los 20 años teniendo en cuenta que es un excelente método de concientización.
 - Que la incidencia del cáncer de mama aumenta con la edad
 - Que no abandone la visita al ginecólogo luego de la menopausia.

- Que realice control mamario durante el embarazo y puerperio.
- Que, ante la posibilidad de enfermedad mamaria, consulte al especialista en patología mamaria.
- Especialmente a nivel municipal, realizar campañas de concientización mensuales por los distintos barrios y escuelas teniendo en cuenta que el mayor número de la población se halla entre los 14 y 19 años y que la perceptividad del mensaje es amplia.
- Médicos: Reconocer el lugar importante que ocupan los clínicos en la atención de mujeres de mayor edad, de bajo nivel socioeconómico y educativo, cuando estas no concurren al ginecólogo. Explicar la importancia de realizar examen físico e indicar mamografía. Repartir guías y manuales operativos de evaluación clínica mamaria enseñando de este modo las pautas a tener en cuenta a nivel examen físico y la solicitud de mamografías de *screening* a partir de los 40 años en forma anual.
- Teniendo en cuenta el gran aumento de la demanda que esto generaría, sería bueno aumentar la oferta de turnos para Consultorio de Patología Mamaria y realización de mamografías, para lo que deberíamos contar con una inversión a nivel de personal capacitado, técnicos y médicos, y de insumos, placas de revelado, liquido de revelado, etc., gasto a cargo del gobierno municipal o provincial.

Aparece un mensaje común: la importancia de involucrar a todos, incluyendo los hombres, en el combate a esta enfermedad. Los sistemas sociales, la familia, los sectores de salud y educación y las economías tienen que aplicarse a la tarea de atenuar el impacto que el cáncer de mama pudiera tener a corto y largo plazo. A la vez, se debe enfrentar esta gran tarea con la seguridad de que los avances que se pueden lograr en el combate al cáncer de mama tendrán beneficios en la lucha para alcanzar mejor salud, un trato más digno y servicios de salud de mayor calidad, sistemas de salud más eficaces y más equidad de género a nivel de la sociedad en su conjunto.^{3,4}

CONCLUSIONES

Es sabido por todos que el cáncer de mama se ha constituido en una problemática mundial, mayor aún en los países subdesarrollados como el nuestro.

Es necesario intervenir implementando y reforzando los programas de control del cáncer para lograr disminuir su incidencia, morbilidad, mortalidad y, a su vez, mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

Es imperativo mejorar las barreras de acceso a la información para así lograr disminuir la desigualdad en la distribución de los servicios de salud.

Resulta imprescindible un mayor compromiso a nivel gubernamental, con políticas de salud enfocadas en mejorar la educación en salud tanto o más que la atención, ya que una de las medidas más efectivas para disminuir la mortalidad es la prevención secundaria.

Es más que necesario aumentar la oferta a nivel municipal de los pilares del diagnóstico precoz del cáncer de mama: mamografía y examen físico.

El municipio de Berazategui cuenta con una alta densidad poblacional (1.467 hab/km²) y un 10% de necesidades básicas insatisfechas. Presenta un mayor porcentaje de población sin cobertura social (55,53%) que el nivel provincial.

A nivel municipal, se realiza únicamente *screening* oportunista y no sistemático; a su vez, ese *screening* es deficitario ya que el 85% de las mujeres mayores de 40 años no accedieron al mismo.

La disponibilidad de tecnología actualizada por sí sola (mamógrafo digital) es necesaria pero no suficiente para dar cobertura a la población.

Existe un gran déficit en la realización de mamografías ya que se efectuaron solo 2.540, teniendo en contrapartida 26.407 pacientes en edad de *screening*. Esto indica que 22.307 pacientes no estarían realizando control mamario en tiempo y forma.

De ello surge un gran déficit en concientización y, asimismo, evidente escasez de insumos y de recursos en personal técnico, médico, cantidad de mamógrafos para hacerle frente a la gran demanda.

A nivel municipal, se puede aumentar la campaña de prensa y fomentar la educación en los médicos del primer nivel de atención.

Dentro de los obstáculos a sortear, uno de los más difíciles es el de índole cultural. Las mujeres con cáncer de mama se consideran disminuidas en su femineidad. Temen ser abandonadas o juzgadas por sus parejas, sus pares y por la sociedad.

El mensaje debe ser claro: las mujeres son más que una parte de sus cuerpos; por ende, esta no es solo una lucha contra una enfermedad, sino también una lucha por la dignidad de las mujeres.

Está en nuestras manos construir un servicio público digno y acorde a los requerimientos sociales actuales.

Para finalizar, vale recordar algunos de los pensamientos y frases del gran luchador por los derechos del pueblo que fue Nelson Mandela:

La honradez, la sinceridad, la sencillez, la humildad, la generosidad sin esperar nada a cambio, la falta de vanidad, la buena disposición para ayudar al prójimo (cualidades muy al alcance de todo ser) son la base de la vida espiritual de una persona.

Lo que cuenta en la vida no es el mero hecho de haber vivido. Son los cambios que hemos provocado en las vidas de los demás lo que determina el significado de la nuestra.

La educación es el arma más poderosa que puedes usar para cambiar el mundo.

REFERENCIAS

1. Viniegra M, Paolino M, Arrossi S. Cáncer de mama en Argentina: organización, cobertura y calidad de las acciones de prevención y control: Informe final julio 2010: Diagnóstico de situación del Programa Nacional y Programas Provinciales. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2010. Primera Edición.
2. González Robledo LM, González Robledo MC, Nigenda G, López Carrillo L. Acciones Gubernamentales para la detección temprana del Cáncer de Mama en América Latina: Retos a futuro. *Salud Pública Mex* 2010, dic; 52 (6).
3. Etzioni R, Feuer E. Cancer Control as a Human Right. *The Lancet Oncology* 2009; 9 (5): 407-409.
4. Lozano Ascencio R, Gómez Dantes H, Lewis S, Torres Sánchez L, López Carrillo L. Tendencias del Cáncer de Mama en América Latina y el Caribe. *Salud Pública Mex* 2009; 51 (2): 147-156.
5. Sánchez Portela JR, Verga Tirado B. Cáncer de mama, ¿es posible prevenirlo? *Rev Ciencias Médicas*, Pinar del Río, 2011, ene-marzo.
6. World Health Organization. Early Detection. Cancer Control: knowledge into action. WHO Guide for effective programmes. Módulo 3, 2007.
7. Cazap E, Buzaid A, Garbino C, de la Garza J, Orlandi F, Schwartzmann G, Vallejos C, Guercovich A, Breitbart G. Cáncer de mama en Latinoamérica. Resultados de la Encuesta de la Sociedad Latinoamericana y del Caribe de Oncología Médica/Breast Cancer Research Foundation. *Revista Argentina de Mastología* 2009; 28 (99): 98-111.
8. Buffa R, Agejas G, Ain L, Barchuk S, Conde I, Yoshida M, Viniegra M, Allemand D, Núñez De Pierro A. Estudio de las barreras de acceso y su impacto sobre la demora en el diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama. Experiencia en el Servicio de Patología Mamaria del Hospital J. A. Fernández. *Revista Argentina de Mastología* 2013; 32 (115): 186-206.
9. Mandelblatt J, Yabroff K, Kerner J. Equitable access to cancer services: A review of barriers to quality care. *Cancer* 1999; 86: 2378-2390.
10. Mandelblatt J, Yabroff K, Kerner J. Access to quality cancer care: evaluating and ensuring equitable services, quality of life, and survival. Report.
11. Hunt LM, Jordan B, Irwin S. Views of what's wrong: diagnosis and patients' concepts of illness. *Soc Sci Med* 1989; 28: 945-956.

12. van Wijk CM, Kolk AM. Sex differences in physical symptoms: The contribution of symptom perception theory. *Soc Sci Med* 1997; 45: 231-246.
13. Unger-Saldana K, Infante-Castaneda C. Delay of medical care for symptomatic breast cancer: a literature review. *Salud Pública Méx* 2009; 51(2): 5270-5285.
14. Jemal A. Global Burden of Cancer: opportunities for prevention. *The Lancet* 2012, nov; 380(9856): 1797-1799.
15. Soerjomataram I, Lortet Tieleut J, Parkin M, Ferlay J, Mathers C, Forman D. Freddie Bray. Global Burden of Cancer in 2008: a systematic analysis of disability adjusted life years in 12 world regions.
16. W. Colbergh IW. What global protection against women cancers? *The Lancet* 2011, oct.; 13 (1): 100-110.
17. Anderson BO, Cazap E, El Saghir NS, Yip CH, Khaled H, Votero I *et al.* Optimisation of Breast Cancer management in low and middle resource countries. Executive summary. The Breast Global Initiative Consensus 2010. *The Lancet Oncology* 2011, april; 12(4): 387-398.
18. Farmer P, Frenk J, Knaul FM, Shulman LN, Alleyne G, Armstrong L *et al.* Expansion of care and control in countries of low and middle income: a call to action. *The Lancet* 2010, oct.; 376 (9747): 1186-1193.
19. Eidenson G. Rol de la mamografía en la patología mamaria, BI-RADS. *Revista Argentina de Mastología* 2008; 27 (94): 43-88.
20. Instituto de Oncología Ángel H. Roffo. Guía de procedimientos en patología mamaria para diagnóstico y tratamiento. Buenos Aires: Instituto de Oncología Ángel H. Roffo (UBA), Departamento de Mastología, 2012.
21. Consenso Intersociedades. Consenso Nacional Intersociedades sobre Cáncer de Mama: Pautas para el Diagnóstico y Manejo de las Lesiones Mamarias Subclínicas. Buenos Aires, 2006. Disponible en <www.samas.org.ar>.
22. Lehrer DE. Relevamiento Nacional. Conocimiento, actitudes y percepción de las mujeres sobre salud mamaria. *Revista Argentina de Mastología* 2007; 26 (93): 298-316. <www.be-razategui.gov.ar>.
23. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. Año 2010. Buenos Aires: Ministerio del Interior y Transporte, Gobierno de la Nación Argentina.

DEBATE

Dr. Elizalde: Está en discusión el trabajo de la doctora y los colaboradores.

Dr. Ábalo: Te felicito, la verdad es que es un excelente trabajo.

Dra. De Carli: Gracias.

Dr. Ábalo: Sobre todo, tiene el valor de reconocer un problema. Decimos siempre que, para tratar de solucionar un problema, lo primero es reconocerlo; y vos lo estás reconociendo. Estás reconociendo una cantidad de falencias en los sistemas que hacen que no logremos esa detección que quisiéramos tener, es decir, la detección temprana. Entonces, la pregunta es: ¿Hicieron en el municipio alguna invitación a las pacientes o a las mu-

jes del municipio a que concurran a controlarse o se trató de esperar a que espontáneamente ellas fueran a controlarse?

Dra. De Carli: El trabajo no se presentó en el municipio porque, evidentemente, hay gran falencia y no va a ser muy bien visto. Además, la idea era que primero tenía que ser presentado acá; y, en un segundo tiempo, discutirlo con ellos. No es fácil que acepten esto a nivel municipal. Lo que hacen es solamente concientización en el mes de octubre. Eso sí o sí; se hace una caminata municipal, se reparten folletos; eso es lo máximo que yo encontré. También me costó muchísimo tratar de conectarme con la gente del Instituto Provincial del Cáncer para tener cantidad de muertes por

cáncer de mama, o cantidad de pacientes con cáncer de mama; todo eso no logré conseguirlo. Con la gente del Instituto Nacional fue más fácil.

Dr. Ábalo: Personalmente tengo alguna experiencia con el tema porque hicimos algo parecido pero en un núcleo cerrado de población, cosa que es más fácil y más sencillo como para hacer estas invitaciones. Entonces, las bases eran la invitación a la población en estudio, la instrucción a los médicos que iban a recibir a esas pacientes y luego el análisis de los resultados que se obtenían. Hemos visto una significativa reducción en los estadios de presentación del cáncer de mama a través de los años en que se implementó todo ese programa. Por lo tanto, estás en el buen camino, pero tendrías que tratar de estimular a la gente a que vaya a controlarse.

Dra. De Carli: Exacto, fue la idea; por eso también presenté el tema de que hay gran cantidad de salas de atención primaria donde se podría hacer la atención primaria de la salud, para detectar personas con enfermedad específica y derivarlas al mastólogo. Quizás hay menos cantidad en el municipio de Berazategui.

Dr. Elizalde: Doctor Dávalos Michel.

Dr. Dávalos Michel: La felicito a la doctora, porque nos gusta todo esto a nosotros que hacemos patología mamaria. Pero, a veces, los recursos públicos tienen que estar destinados a las patologías prevalentes. Entonces, yo no sé si en el distrito de Berazategui la prevalencia es el cáncer de mama, el cáncer de cuello, la mortalidad infantil por desnutrición. Entonces, todo esto es muy lindo, pero, por ahí, es medio lírico. Yo no sé cuál es en la población el principal problema. Usted decía que hay una cantidad de pacientes que no tienen ningún sistema médico, que hay desnutrición, que no tienen cloacas... Y muchas veces uno dice: "Es muy lindo todo esto, pero por ahí hay más prevalencia de cáncer de cuello, hay más prevalencia en mortalidad infantil por diarrea infantil. Y los recursos públicos..." No es que esté defendiendo al

gobierno actual sino a la necesidad poblacional de la Argentina. Por ejemplo, donde yo he nacido, en Salta, el cáncer de mama no es lo más importante; la gente se muere por cáncer de cuello de útero. Entonces, los recursos públicos que no sobran –tal vez haya, pero no sobran– están dirigidos a las patologías prevalentes. Me parece fantástico que usted señale que hay que hacer mamógrafos digitales, que hay que hacer el cribado oportunista. Todo parece fantástico, y hay que hacerlo también. Pero, muchas veces, uno debe ver los recursos con que cuentan y que tienen que estar dirigidos a las patologías prevalentes de cada.

Dr. Elizalde: ¿Querés hacer un comentario?

Dra. De Carli: No, gracias.

Dr. Elizalde: ¿Alguna otra pregunta? Está claro, hoy de lo que se habla son de los determinantes sociales de la salud. Nosotros, en este momento, tratamos un paciente, buscamos recuperarlo de cualquier patología y volvemos a insertarlo en el medio que le provocó la enfermedad; entonces, indefectiblemente, no estamos curando, sino que estamos subsanando un pequeño problema, y, además, temporalmente. Probablemente no sea el cáncer de mama la enfermedad prevalente. Si hay falta de cloacas y de agua, ya te diría que no. Pero me parece bien que desde la mastología marquemos cuál es nuestro espacio. Nosotros no podemos hablar de otras cosas. Yo en esto coincido con la doctora. Hay un déficit que hay que marcar, que hay que señalar, que nos corresponde a nosotros decirlo. Quizás no somos nosotros a los que corresponda tomar la decisión, porque la determinante social es para otras enfermedades. Tal vez el paco, la diarrea, la desnutrición, etc. tengan una prevalencia mayor. Pero en este espacio, en este foro, me parece bien lo que presentó la doctora. Me parece bien que marque el estado deficitario en lo que respecta a nuestro trabajo. Yo pienso distinto en una cosa, que no marcaste: vos arrancás de la prevención, y no hay que arrancar de la educa-

ción. La prevención sin educación... Y la educación ¿qué es? La educación es educar para los hábitos de vida. Si hay alguna posibilidad de hacer prevención primaria en cáncer de mama –cosa que hoy desconocemos–, esa posibilidad pasa por los hábitos de vida. Esto es clarísimo. Entonces, educar no solo para que se controlen sino para que cambien los hábitos. Pero, cambiar los hábitos donde no hay cloacas, donde no hay agua potable, es muy difícil. Por eso la importancia de este capítulo, este gran capítulo de los determinantes sociales de la salud. Es solo una observación, sin ánimo de que sea una crítica. Vos ponés DISCUSIÓN y po-

nés Propuestas. Las propuestas no son discusión. En tus presentación pusiste DISCUSIÓN y pusiste propuestas; y la Discusión es otra. La Discusión es cuando vos estás discutiendo tus resultados comparativamente con otros o estás analizando o desmenuzando tu resultado, pero no proponiendo. La Propuesta a lo mejor hubiera sido más para la Conclusión, es decir, cuáles eran las propuestas que ustedes tenían para solucionar en parte, o no, esta patología, o las pequeñas prevalencias de esta patología. Muchas gracias, doctora.

Dra. De Carli: No, gracias a ustedes.