

Cobertura del *screening* mamográfico en el Hospital Ana Goitía

Anahí Villagarcía,*
Julieta Giarmana,**
Patricia Williams***

Resumen

Introducción

El cáncer de mama representa aproximadamente el 32% de todas las neoplasias en la mujer, debido a lo cual es una problemática sanitaria trascendente. Dado que su diagnóstico temprano es fundamental para su tratamiento oportuno, detectar las barreras de acceso al *screening* permite formular alternativas tendientes a disminuir la morbimortalidad en las pacientes.

Objetivo

Analizar las principales barreras de acceso al *screening* para poder llegar a la detección temprana del cáncer de mama.

Material y método

En un período retrospectivo, de julio a diciembre de 2013, se realizaron 547 encuestas a las pacientes que concurren al Consultorio de Ginecología General del Hospital Ana Goitía, de la Ciudad de Avellaneda, con el fin de evaluar el nivel de información con que contaban respecto de esta patología y su trascendencia así como de la posibilidad de diagnóstico temprano con la utilización de la mamografía y las imposibilidades a su acceso.

Resultados y Conclusiones

Las demoras más importantes se registraron en el tiempo de la consulta. La ausencia de diagnóstico temprano se debió principalmente a la falta

* Hospital Ana Goitía. Hospital Aeronáutico Central.

** Hospital Aeronáutico Central. Hospital de Clínicas José de San Martín.

*** Hospital Materno Eva Perón de Malvinas Argentina. Sanatorio Municipal Julio Méndez.

Correo electrónico de contacto:
anahivillagarcia@gmail.com

de información y/o concientización acerca de la importancia de la metodología para llegar a un diagnóstico oportuno y así posibilitar un tratamiento con menor morbimortalidad.

Palabras clave

MAMOGRAFÍA. SCREENING. EPIDEMIOLOGÍA. NIVEL DE INFORMACIÓN.

Summary

Introduction

Breast cancer represents approximately 32% of all Neoplasms in women, so it is a transcendent health problem. Because early diagnosis is fundamental for timely treatment, identify the barriers of access allows formulating alternatives aimed at reducing morbidity and mortality in patients.

Objective

Analyze the main barriers of access to reach the early detection of breast cancer.

Materials and method

In a period retrospectively, from July to December 2013, 547 surveys were directed to the patients attending the Gynecology clinic of Hospital Ana Goitía, in Avellaneda City, in order to assess the level of information the patients presenting about this pathology, its transcendence, the possibility of early diagnosis with the use of mammography and the impossibility to access.

Results and Conclusions

The most significant delays were reported at the time consultation. The absence of early diagnosis was mainly due to the lack of information or awareness of the importance of the methodology to reach a timely diagnosis and thus enabling a treatment with lower morbidity and mortality.

Key words

MAMMOGRAPHY. SCREENING. EPIDEMIOLOGY. LEVEL OF INFORMATION.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es un problema de salud mundial, ya que representa el 32% de todas las neoplasias en la mujer. En la Argentina, cada año mueren aproximadamente 5.400 mujeres, y se estima que se diagnostican alrededor de 17.000 casos nuevos.^{1, 2}

Las enfermedades neoplásicas aparecen entre las más importantes causales de muertes y discapacidad en el mundo, y el cáncer de mama es la principal causa de muerte por cáncer entre las mujeres.^{2, 3}

Aunque habitualmente se asume que esta patología pueda afectar esencialmente a clases sociales medias altas por mayor exposición a factores de riesgo –como menor tasa de natalidad, maternidad a edades tardías, mayor uso de tratamientos de fertilidad y menor lactancia,^{4, 5, 6, 7, 8, 9, 10} en realidad, más de la mitad de estos decesos ocurren en clases medias bajas.¹¹

En la Argentina, no se han realizado acciones sistemáticas para la prevención y control del cáncer de mama. El diseño de un programa organizado acorde a las necesidades de la población requiere de un diagnóstico previo que brinde información útil para su desarrollo.¹² Por ello, el interés de este trabajo es investigar cuáles son las mayores dificultades que impiden a la población alcanzar un adecuado control.

La tasa de mortalidad por cáncer de mama, según grupos de edad, asciende marcadamente a partir de los 40 años y alcanza su pico máximo en el grupo de mujeres mayores de 80 años. El 52% de las defunciones por cáncer de mama se produce en las mujeres entre 50 y 74 años.^{13, 14, 15, 16} Debido a ello, el objetivo es brindar mayor participación a este grupo etario en el hospital.

El mal pronóstico depende de múltiples factores. En primer lugar, el volumen de la enfermedad al momento de la detección es una variable de pronóstico clave en cáncer de mama. Las chances de curación de las mujeres con cáncer de mama en Estadios 0 y I superan el 90%, para el Estadio II rondan el 75%, mientras que para el Estadio III se reducen a un 30%.⁴²

Los pacientes con tumores metastásicos tienen una supervivencia mediana de 24 meses, con amplias variaciones según la biología de la enfermedad. Por lo tanto, la variable “estadio al diagnóstico” es crítica a la hora de establecer un programa que tenga como objetivo reducir la mortalidad por esta enfermedad.

El Hospital Materno Infantil Ana Goitía de Avellaneda, situado en la Provincia de Buenos Aires, nació primordialmente como una maternidad y rápidamente se constituyó como una de las más importantes en la zona; pero no ocurrió así con su servicio de Ginecología. Con la incor-

poración de esta especialidad al régimen de residencia del hospital, este servicio comenzó a crecer. Debido a que la población hospitalaria hasta ese momento era joven (edad promedio 30 años), el servicio de Patología Cervical se encontraba totalmente desarrollado, pero no el de Patología Mamaria. Para comenzar a ampliarse en este campo, se trajo un mamógrafo y se incorporaron más especialistas en la materia. Al ir aumentando la edad promedio de la población, la prevalencia de la patología mamaria se hacía mayor. Pero lo que se notaba en la práctica era que, pese a la difusión de información y a la mayor concurrencia de pacientes, no se lograba hacer diagnósticos mamográficos de cáncer de mama; en su mayoría, seguían siendo diagnósticos clínicos que luego se confirmaban con imagen y biopsia. Sabiendo que la efectividad del *screening* reduce la mortalidad por cáncer de mama entre un 20% y un 35%¹⁷ –sumado a que estos programas están condicionados por el nivel de participación de la población¹² –, algo se tenía que cambiar.

Entonces, surge la pregunta: ¿qué era lo que les sucedía a estas mujeres que no podían acceder en forma adecuada a realizar un *screening* mamográfico oportuno, imposibilitando así la detección precoz del cáncer de mama? Además, otras barreras analizadas en la encuesta fueron la dificultad de acceso a los turnos a causa de paros y otros menesteres y la falta de información en la población.

OBJETIVO

Analizar las principales barreras de acceso de la población a un diagnóstico temprano de cáncer de mama, con el fin de recoger datos, analizarlos y así poder llegar a una conclusión para poder brindarles un mejor servicio.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una encuesta anónima a 547 pacientes concurrentes al Consultorio de Ginecología, en el período julio a diciembre de 2013, con un cuestionario elaborado por los autores del estudio. La encuesta constaba de 10 preguntas cerradas y semicerradas, que sirvieron para analizar los datos y debatir con los distintos profesionales del servicio.

RESULTADOS

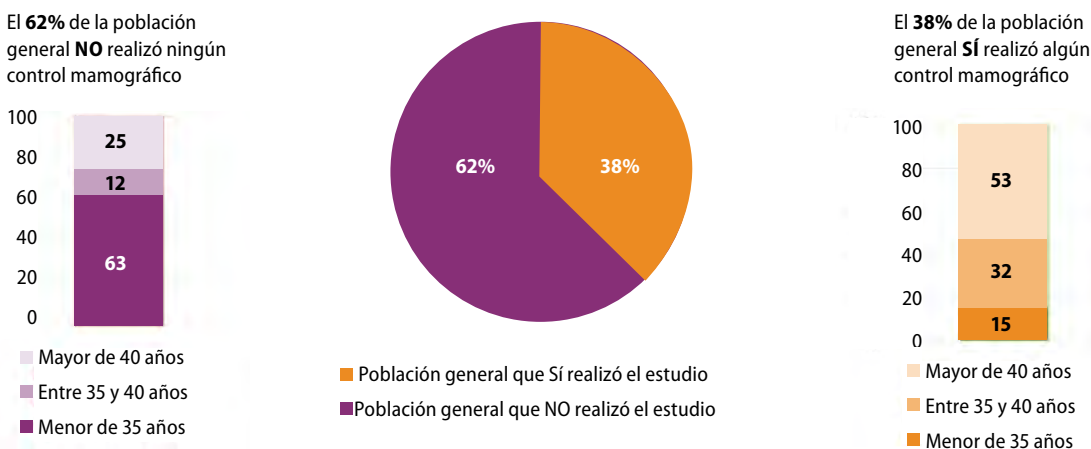
La población estudiada fue: mujeres de 17 a 60 años, siendo la edad media 34,5 años.

El 78% realizaba controles en forma habitual.

De la población en general, el 38% realizó algún control mamográfico (de las cuales el 15% tenía menos de 35 años, el 32% tenía entre 35 y 40 años, y el 53% era mayor de 40 años).

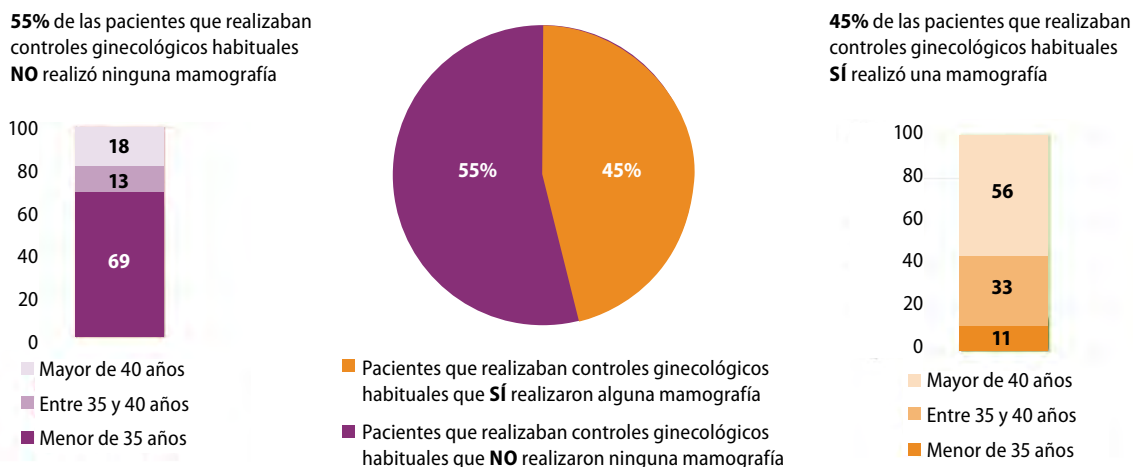
El 62% de las mujeres no realizó controles mamográficos (el 63% era menor de 35 años, el 12% tenía de 35 a 40 años, y el 25% era mayor de 40 años). (Gráfico 1)

Gráfico 1. Población general según Sí/NO se realizó algún control mamográfico



Particularmente, de las pacientes que efectuaban controles ginecológicos habituales, realizó mamografía el 45% (11% menores de 35 años, 33% de 35 a 40 años y 56% mayores de 40 años), y el 55% restante no realizó mamografía (el 69% tenía menos de 35 años, el 13% tenía entre 35 y 40 años y el 18% era mayor de 40 años). (Gráfico 2)

Gráfico 2. Población de pacientes que realizaban controles ginecológicos habituales según Sí/NO se realizaron algún control mamográfico



Así, surge que existe un 17% de pacientes que no realizó mamografía estando en control médico y edad de *screening*. En este 17%, se observó que el 58% no realizó la mamografía por miedo, el 14% por desconocimiento y el 28% por falta de indicación médica, lo cual implicaría una falla médica del 4,5% en el total de las pacientes en edad de *screening*.

De las pacientes que realizaron control mamográfico, el 31% dijo que había tenido algún problema para hacerse el estudio y el 69% restante, no.

Otros datos obtenidos se refieren a la información que tienen las pacientes (Gráfico 3):

a) Entre la población general:

El 83% sabe que el cáncer de mama es el más frecuente en la mujer.

El 85% sabe que la mamografía sirve para su detección temprana.

El 57% sabe que la mamografía se realiza como *screening*.

b) Entre las pacientes que habitualmente se hacen controles:

El 80% sabe que el cáncer de mama es el más frecuente en la mujer.

El 80% sabe que la mamografía sirve para su detección temprana.

El 70% sabe que la mamografía se realiza como *screening*.

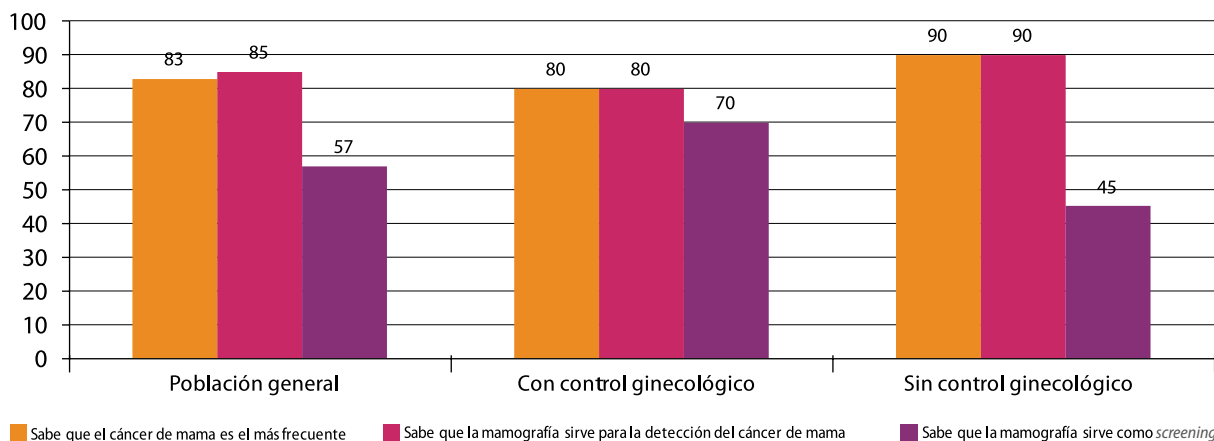
c) Entre las pacientes que no se hacen controles habitualmente:

El 90% sabe que el cáncer de mama es el más frecuente en la mujer.

El 90% sabe que la mamografía sirve para su detección temprana.

El 45% sabe que la mamografía se realiza como *screening*.

Gráfico 3. Comparación del conocimiento entre las distintas poblaciones.



DISCUSIÓN

Analizando distintas bibliografías, surge que la oportunidad con la que se instauran los tratamientos en el cáncer de mama es un factor crítico, así como lo es la demora en su diagnóstico, asociándose con una menor supervivencia: un tiempo superior a tres meses entre la aparición de síntomas y el inicio del tratamiento disminuye la supervivencia global en 12%.^{18, 19, 20} En efecto, aunque la pertinencia del enfoque terapéutico es otro factor crítico en la supervivencia,²⁰ el mayor peso parecería estar en la relación entre la demora y el estadio clínico.²¹ Esta fue la situación que motivó el estudio.

Otras investigaciones han analizado que la demora o el retraso en el diagnóstico se ve sobre todo en aquellas pacientes que se detectan masas en la mama²² o cualquier otra sintomatología diferente que puedan asociar con cáncer,²³ ya sea por temor o, en el caso de mujeres más jóvenes, por desconocimiento.^{24, 25} Esta, precisamente, podría ser la causa de retraso en la población estudiada, constituida, en promedio, por mujeres jóvenes; pero observamos que el diagnóstico era realizado clínicamente por la paciente y esto era justamente lo que motivaba muchas veces la consulta.

Adicionalmente, se observa que las mujeres de grupos menos favorecidos económica y socialmente tienen mayores barreras de acceso, lo que determina la presentación de cánceres más avanzados y mayores demoras en el tratamiento y en su adherencia.²⁶

A ello se suma la falta de programas adecuados de detección precoz en países en vía de desarrollo como la Argentina, lo que hace que un alto porcentaje de mujeres acudan al médico con la enfermedad ya muy avanzada y lleva, a su vez, al registro de bajas tasas de supervivencia.¹² Es posible suponer, entonces, que la ausencia de controles adecuados podría estar relacionado con la falta de información sobre la patología, su método de estudio y diagnóstico.

También se puede conjeturar que el miedo es otra causa que limita a las pacientes a realizarse los estudios,²⁷ como también puede ser un factor determinante la dificultad en el acceso a la consulta por turnos muy diferidos, paros y demás inconvenientes.

Como respuesta a estas situaciones, se crea el Hospital de Día, destinado a brindar información a las pacientes que consultan por demanda espontánea. Está dirigido a pacientes mayores de 35 años en salud, con el fin de realizar en el día distintos estudios de *screening*, entre ellos la mamografía.

Entonces, en el transcurso del estudio se analizaron las principales barreras de acceso, y surgió que esos factores –dificultades de acceso a la

consulta, falta de información, miedo— no eran los más importantes en cuanto a imposibilitar que la mujer llegara a su diagnóstico en un estadio temprano: por un lado, ya la accesibilidad a turnos estaba solucionada y, por otro lado, la población en su mayoría, más del 80% de las pacientes, sabía que el cáncer de mama es el más frecuente en la mujer y que la mamografía sirve para su detección temprana. El miedo tampoco era un real limitante... pero, ¿la información sola alcanzaba? No, evidentemente no. Lo que puede suceder —como parece que ocurre en este caso— es que los programas de prevención no estén adecuadamente dirigidos ya que siguen sin tener impacto que motive la participación de una parte de la población afectada.

Entonces, es interesante conocer cuál podría ser la causa. Buscando bibliografía, se ha encontrado que la creciente adopción de estilos de vida menos saludables en los países de ingresos bajos y medios es un determinante importante del incremento de la incidencia de cáncer de mama;¹² en distintos estudios, se ha observado que las características sociodemográficas se asocian con distintos grados de participación en programas de *screening*. Entonces, conocer la asociación entre *screening* y estilos de vida puede ayudar a comprender el perfil relacionado con dicha participación.

Factores como el consumo de tabaco y alcohol, un índice de masa corporal elevado, una actividad física escasa y algunos patrones dietéticos (bajo consumo de fruta y verdura, mayor contenido en grasa) han evidenciado una relación negativa con la participación en las pruebas de *screening*. En cambio, otras características personales se han asociado de forma positiva con la participación en el *screening*: mayor edad, nivel de educación más alto, estado civil casado y mayor nivel socioeconómico, presencia de antecedentes familiares de cáncer, conductas preventivas de enfermedades crónicas (control del colesterol y de la presión arterial), visita regular al médico, presencia de comorbilidad o realización de otras pruebas de *screening*.^{28,29}

En nuestro caso, analizando los datos, surgió una diferencia: en el porcentaje global, las mujeres que acudían a control sabían menos (80%) que la población que no hacía los controles (90%), pero en un 70% tenían conocimiento de que la mamografía servía como *screening*, a diferencia de las que no hacían los controles, entre quienes solo el 45% conocía el valor de la mamografía. De aquí se puede conjeturar lo siguiente: por un lado, que los programas de detección precoz pueden no estar adecuadamente dirigidos; por otro lado, que, aunque la información llegue a la paciente, puede que no sea lo suficientemente clara como para que la interprete como corresponde.

En la bibliografía²⁹ consultada, se observó que los distintos estilos de vida predisponían en forma diferente a participar de estudios de *screening*; tal

vez por eso, en la población estudiada, se encuentra esta disparidad entre la información y el conocimiento.

La información llega a la mayoría de las mujeres; pero, ¿qué sucede para que solo una parte de ellas sepa que este estudio se realiza en una mujer sana, sin patología, con el fin de encontrar una enfermedad aún silente? ¿Por qué algunas mujeres consultan recién cuando el síntoma ya es evidente? ¿Será la participación del médico que estimula su hábito? La mayoría de los estudios de participación en programas de *screening* de cáncer de mama citan como uno de los factores que más predisponen a dicha participación es la recomendación por parte del médico de cabecera.^{30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38} La contribución del profesional se centra en proporcionar información y apoyo a las mujeres en todas las fases del proceso de *screening*.¹³ ¿Será que estas mujeres tienen un concepto de salud distinto, con estilos de vida saludables, que hacen que concurren al médico no solo en enfermedad? Tal vez ambos factores se potencien. Pero el gran interrogante es encontrar por qué motivo estas poblaciones se muestran tan distintas.

CONCLUSIONES

De acuerdo con lo expresado anteriormente, se puede sostener que los programas de *screening* no son adecuados y/o suficientes para la población, ya que, si bien sirven para brindar información, no llegan a causar el impacto necesario como para cambiar conductas. Para ello, se necesitaría trabajar más a nivel del cuidado de nuestra salud comenzando desde los más pequeños. Es decir, es necesario destinar los programas no solamente a la población que está en riesgo, sino también a poblaciones más jóvenes tratando de actuar en forma preventiva. Habría que adoptar otras medidas que promuevan cambios en los estilos de vida de la población. Algunas de estas medidas pasan por la escuela, que tiene un enorme potencial para el desarrollo de conocimientos, actitudes y hábitos favorables al cuidado de la salud.^{39, 40, 41}

Otras medidas pasan por la atención primaria, cuyo papel es fundamental para llevar a cabo una educación sanitaria de la población. En definitiva, el mayor reto para la prevención del cáncer en la atención primaria es persuadir a la población a que adopte estilos de vida saludables, promoviendo el cuidado de la salud y demostrando que el médico no es sinónimo de enfermedad sino de salud y también de prevención.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud Pública-Dirección Nacional de Estadística. Anuario Estadístico de Salud, 2009.
2. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin D. GLOBOCAN 2008: Cancer Incidence and Mortality Worldwide. IARC Cancer Base N° 10: 459. Lyon: IARC Press, 2010. Disponible en <<http://globocan.iarc.fr>>.
3. Porter PL. Global Trends in breast cancer incidence and mortality. *Salud Pública Mex* 2009; Suppl 2: 5141-5146.
4. Peto J. Cancer epidemiology in the last century and the next decade. *Nature* 2001; 411: 390-395.
5. Rodríguez-Cuevas S, Macías C, Labastida S. Cáncer de mama en México: ¿enfermedad de mujeres jóvenes? *Ginecol Obst Méx* 2000; 68 (5): 185-190.
6. Rodríguez-Cuevas S, Capurso-García M. Epidemiología del cáncer de mama. *Ginecol Obst Méx* 2006; 74: 585-93.
7. Ferlay J, Bray P, Pisani P, Parkin DM. GLOBOCAN 2002: Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. IARC Cancer Base N°5, Version 2.0. Lyon: IARC Press, 2004.
8. López-Carrillo L, Torres-Sánchez L, López-Cervantes M, Rueda-Neria C. Identificación de lesiones mamarias en México. *Salud Pública de México* 2001; 43 (3): 199-202.
9. Dupont WD, Page DL. Risk factors for breast cancer in women with proliferative breast disease. *N Engl J Med* 1985; 312 (3): 146-51.
10. McPherson K, Steel CM, Dixon JM. ABC of breast diseases. Breast cancer-epidemiology, risk factors, and genetics. *BMJ* 2000; 321: 624-8.
11. Hairon N. Report finds inequity in access to breast surgery services. *Nurs Times* 2008; 104 (11): 21-22.
12. De la Vara-Salazar E, Suárez-López L, Angeles-Llerenas A, Torres-Mejía G, Lazcano-Ponce E. Tendencias de la mortalidad por cáncer de mama en México, 1980-2009. *Salud Pública Mex* 2011; Sep-Oct; 53 (5): 385-93.
13. Riu M, Castells X, Casamitjana M, Macià F, Collet I, Ribó C. Actitudes y conocimientos de los médicos de atención primaria sobre los programas poblacionales de cribado de cáncer de mama. *Aten Primaria* 1998, Feb; 21 (2): 81-7.
14. Schapira DV, Pamies RJ, Kumar NB, Herold AH, Van Durme DJ, Woodward LJ *et al*. Cancer screening: knowledge, recommendations, and practices of physicians. *Cancer* 1993; 71 (3): 839-843.
15. Kerlikowske K, Grady D, Rubin SM, Sandrock C, Ernster VL. Efficacy of screening mammography a meta-analysis. *JAMA* 1995; 273: 149-154.
16. Fletcher SW, Black W, Harris R, Rimer BK, Shapiro S. Report of the International Workshop on Screening for Breast Cancer. *J Natl Cancer Inst* 1993; 85: 1644-1656.
17. Sala M, Salas D, Zubizarreta R, Ascunce N, Rué M, Castells X. Situación de la investigación en el cribado de cáncer de mama en España: implicaciones para la prevención. *Gac Sanit* 2012, Nov-Dec; 26 (6): 574-81.
18. Burgess CC, Ramirez AJ, Richards MA, Love SB. Who and what influences delayed presentation in breast cancer? *Br J Cancer* 1998; 77 (8): 1343-1348.
19. Ramirez AJ, Westcombe AM, Burgess CC, Sutton S, Littlejohns P, Richards MA. Factors predicting delayed presentation of symptomatic breast cancer: a systematic review. *Lancet* 1999 3; 353 (9159):1127-1131.
20. Coleman MP, Quaresma M, Berrino F, Lutz JM, De AR, Capocaccia R *et al*. Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). *Lancet Oncol* 2008; 9 (8): 730-756.
21. Unger-Saldaña K, Infante-Castaneda C. Delay of medical care for symptomatic breast cancer: A literature review. *Salud Pública Mex* 2009; 51(Suppl. 2): 270-285.
22. Goodson WH, Moore DH. Causes of physician delay in the diagnosis of breast cancer. *Arch Intern Med* 2002 24; 162(12): 1343-1348.
23. Arndt V, Sturmer T, Stegmaier C, Ziegler H, Becker A, Brenner H. Provider delay among patients with breast cancer in Germany: a population-based study. *J Clin Oncol* 2003 15; 21(8): 1440-1446.
24. Barber MD, Jack W, Dixon JM. Diagnostic delay in breast cancer. *Br J Surg* 2004; 91(1): 49-53.
25. Robertson R, Campbell NC, Smith S, Donnan PT, Sullivan F, Duffy R *et al*. Factors influencing time from presentation to treatment of colorectal and breast cancer in urban and rural areas. *Br J Cancer* 2004; 19; 90 (8): 1479-1485.
26. Bigby J, Holmes MD. Disparities across the breast cancer continuum. *Cancer Causes Control* 2005; 16 (1): 35-44.
27. Instituto Nacional del Cáncer. Cáncer de seno. Cáncer Inst Statistics 2011 (Citado 12 mar. 2011). Disponible en <<http://www.cancer.gov/espanol/tipos/seno>>.

28. Perea MD, Castaño-Vinyals G, Altzibar JM, Ascunce N, Moreno V, Tardon A, Pollán M, Sala M. Prácticas de cribado de cáncer y estilos de vida asociados en la población de controles del estudio español multi-caso control (MCC-Spain). *Gaceta Sanitaria* 2012; 26 (4). Disponible en <www.gaceta-sanitaria.org/es/practicas-cribado-cancer-estilos-vida/articulo/S012391112001070/>.
29. Berlanga González MA, Casado Alonso Y, González Cuadrado MD, Ibáñez Pérez F, Aguirrezabala Jaca JR, Olaskoaga Arrate A, Rebollo Palencia MR. Conocimientos y actitudes relacionados con la prevención del cáncer en la población atendida en un centro de salud. *Atención Primaria* 1996; 18 (8).
30. Fox SA, Mutara PS, Stein JA. The impact of physician compliance on screening mammography for older women. *Arch Intern Med* 1991; 151: 50-56.
31. Fallowfield LJ, Rodway A, Baum M. What are the psychological factors influencing attendance, non-attendance and re-attendance at a breast cancer screening? *JR Soc Med* 1990; 83: 547-551.
32. Zapka JG *et al.* Impact of a breast cancer screening community intervention. *Prev Med* 1994; 22: 34-53.
33. Rodríguez Sarmiento C, Plasencia Taradach A, Ferrer Masip F, Gómez Gómez A. Programa PAM de detección temprana de cáncer de mama: primeros resultados (1987-1990). *Med Clin* 1991; 96: 206-210.
34. Comisión de las Comunidades Europeas. Propuesta de decisión del Parlamento Europeo y del Consejo (94/0105, COD). Bruselas, 1994.
35. Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco. Osakidetza/ Servicio Vasco de Salud. Plan de Salud. Proyecto Osasuna Zainduz 1994. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 1994.
36. Estapé J. Europa contra el cáncer. Conferencia clínica. Hospital Clínico de Barcelona 1988. *Med Clin (Barc)* 1989; 92: 351-356.
37. Doll R, Peto R. Las causas del cáncer. Barcelona: Salvat, 1989.
38. Comisión de las Comunidades Europeas. Europa contra el cáncer. Madrid, 1989.
39. Rosell R, Vilardell M. Sandorama 2ª serie monográfica: Oncología. Barcelona: Sandoz Pharma, 1994.
40. Bostick R, Sprafka M, Virnig B, Potter J. Knowledge, Attitudes, and Personal Practices Regarding Prevention and Early Detection of Cancer. *Preventive Med* 1993; 22: 65-85.
41. Pablos MB, Melero JC, Piñero S. Prevención del Cáncer en la Escuela. Bilbao: Junta Provincial de Vizcaya/Asociación Española contra el Cáncer, 1993.
42. Hayat JM, Howlader N, Eichman ME, Edwards BK. Cancer Statistics, Trends and Multiple Cancer Analyses from the Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program. *The Oncologist* 2007; 12 (1): 20-37.
43. Piñeros M, Sánchez R, Perry F, García OA, Ocampo R, Cendales R. Demoras en el diagnóstico y tratamiento de mujeres con cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *Salud Pública Mex* 2011; nov.-dic.; 53 (6): 478-85.
44. 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; nov.-dic.; 52(6): 533-43.
45. Pérez Lacasta MJ, Gregori Gomis A, Carles Lavila M, Gispert Magarolas R, Martínez Alonso M, Vilaprinyo Terré E, Pla Farnós R, Rué Monné M. Evolución de la mortalidad por cáncer de mama y diseminación de la mamografía de cribado en Cataluña: Un análisis por regiones sanitarias. *Rev Esp Salud Pública* 2010; nov.-dic.; 84(6): 691-703.
46. Martínez-Montañez OG, Uribe-Zúñiga P, Hernández-Ávila M. Políticas públicas para la detección del cáncer de mama en México. *Salud Pública Mex* 2009; 51 Suppl 2: 350-60.

DEBATE

Dr. Elizalde: Está en consideración el trabajo leído por la doctora Villagarcía.

Dr. Ábalo: Es interesante el trabajo, porque es un esfuerzo hacer algo de este tipo. Es un estudio retrospectivo; entonces, hay que tener las fichas, el seguimiento de las pacientes, las encuestas. Pero

con el *screening* esto no tiene nada que ver; es decir, esto no es *screening* mamográfico. Un programa de *screening* es totalmente diferente. Uno diseña un programa. Y es tan complejo y tan difícil de llevar a cabo que en la República Argentina no hay *screening* de cáncer de mama. Lo que sí hay

son programas de control clínico mamográfico periódico, que es lo que ustedes han mostrado acá, y en los cuales les han preguntado a las pacientes determinadas cosas sobre su conocimiento, su concientización acerca del cáncer y todo eso. Vale en ese aspecto. Pero yo vería de cambiar un poco el título. Es decir cuando uno lee *screening* dice: “Bueno, a ver qué diseñaron”. Esto no es *screening*. Es otra cosa, es totalmente distinto.

Dra. Villagarcía: En realidad, tendría que ser más el conocimiento que tiene la población en general acerca de lo que es un *screening*.

Dr. Ábalo: Claro; por eso digo que es válido el trabajo en ese aspecto, es decir, en valorar un programa de control clínico-mamográfico periódico en una población retrospectiva, para ver qué conocimientos tenían las pacientes de la enfermedad. Eso es lo que saco como conclusión.

Dra. Villagarcía: Muchas gracias.

Dr. Elizalde: Yo quisiera hacerte una pequeña crítica. En el año 1998, la Sociedad hizo una encuesta donde están puestos muchos de estos ítems. ¿Por qué no la tomaron en cuenta? Recordarán ustedes que nosotros hicimos una encuesta a nivel nacional. Fue con Mora y Araujo, y se obtuvieron datos bastante alarmantes, como que se controlaban solamente por el mastólogo el 16% de las pacientes y que el resto lo hacía por el tocoginecólogo o inclusive por el clínico. Iban muy poco al mastólogo. Dentro de los datos que recuerdo, también aparecía el miedo y demás en cuanto a la mamografía. Es una pena que no tuvieran en cuenta esa encuesta y esa base de datos de la Sociedad. Entendiendo que había una falta de conciencia en la sociedad, a partir de estos resultados, contratamos a la empresa MPR, una empresa comunicacional que nos permite conectarnos con la sociedad. Habrán visto, en este mes del cáncer de mama, que muchos de los mastólogos de la Comisión Directiva hablaron en televisión, en radio, escribieron en periódicos. Y esto no es casual, porque la Sociedad está buscando una presencia,

un protagonismo que se merece por hecho y por derecho; y, entonces, lo que queremos es que hablen de mastología los mastólogos. Este fue nuestro objetivo a punto de partida de esa encuesta. Es una pena que no la hayan puesto y que no hayan tomado los valores que están. Hay un error que admito: no está más en nuestra *web*; pero deberías haberla conocido. La tiene Estela (nuestra secretaria), y sería bueno que mires y compares qué fue lo que pasó del '98 hasta ahora. Han pasado unos cuantos años, y habría que ver si este trabajo que estamos haciendo tiene algún valor.

Dra. Villagarcía: Sí, a ver qué impacto está teniendo.

Dr. Elizalde: Claro. Ver si repercute o no repercute sobre la población en general. Es para que lo tengas en cuenta.

Dra. Villagarcía: Sí, por favor, muchas gracias.

Dr. Elizalde: La crítica no fue crítica sino un aporte. Es una consideración de un trabajo que realmente nos costó mucho hacer en la Sociedad. Nos costó mucho diseñar la encuesta, nos costó dinero hacerla; y los resultados realmente mostraron datos muy interesantes. Por lo pronto, que los mastólogos no figurábamos en el imaginario colectivo y popular acerca de la patología mamaria. Las mujeres no entendían que había una especialidad que se ocupaba de lo que a ellas les pasaba; en realidad, éramos de segunda opinión, cuando nos derivaba el clínico o nos derivaba el gineco-obstetra. Entonces, me parece que cambiar ese paradigma, ese imaginario, esa realidad, es un desafío que la Sociedad tuvo, tiene y tendrá. Nosotros tenemos que ser los referentes en mastología. Una persona no puede ser mejor tratada de su patología mamaria que por un mastólogo. De eso es lo que la Sociedad se ocupa. De formar mastólogos para tratar correctamente todo esto. Más allá de las observaciones de *screening* y demás, hay que ocuparse de trabajar tanto en *screening* como en controles de salud, como en exámenes mamarios, como en tratamientos. De lo que se trata es de que todo eso lo haga un especialista.