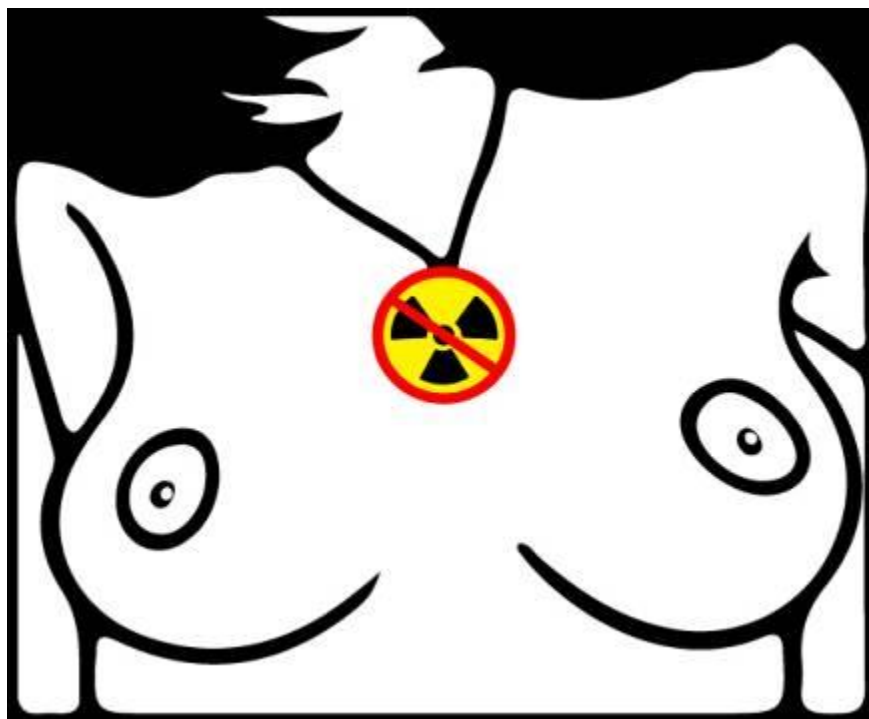


El aura radiactiva

crónica de una emancipación

(guía para ejercer los derechos individuales en la era de Internet)



Ana Rosengurtt

Prólogo de Lilián Abracinskas
(Directora de Mujer y Salud en Uruguay)

PREMIO ANA MARIA AGÜERO MELNYCZUK
A LA INVESTIGACION -2015
Limaclara Ediciones
Buenos Aires, Argentina

El aura radiactiva: crónica de una emancipación
(guía para ejercer los derechos individuales en la era de Internet)
Publicado por Ana Rosengurt

1a edición, noviembre de 2014,
Ediciones de Benito
Montevideo, Uruguay

3a edición, 2016



Esta obra está registrada bajo una
Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional
Montevideo, Uruguay

La imagen de portada es una composición libre de Marcelo Larrosa Rosengurt en base
a gráficos disponibles en Internet, de los cuales no se pudo contactar a sus autores.

Índice

Agradecimientos

Prólogo

Dedicatoria

Carta al lector

Primera parte

Introducción: Acerca de mí

Capítulo 1: Hacer conciencia

Capítulo 2: Punto de partida

Capítulo 3: Petición al MSP

Capítulo 4: La Ley 18.335

Capítulo 5: Los informes

Capítulo 6: Dinamarca, primer contacto con el mundo

Capítulo 7: El sobrediagnóstico

Capítulo 8: Los problemas del cribado

Capítulo 9: ¿Por qué ni una demanda?

Capítulo 10: Palabra de oncólogo

Capítulo 11: Recurso de amparo

Capítulo 12: España, segundo contacto con el mundo

Capítulo 13: El código de ética médica

Capítulo 14: Amparo frustrado

Capítulo 15: El apoyo desde España

Capítulo 16: Estadísticas sin derecho y experimentos con consentimiento

Capítulo 17: Canadá, tercer contacto con el mundo

Capítulo 18: La abogada que merecía

Capítulo 19: Radiactivas desde la dictadura

Capítulo 20. Campaña internacional y primer contacto nacional

Capítulo 21: Los mamógrafos en Uruguay

Capítulo 22: Nuligesta y madre a los 47 años

Capítulo 23: Reino Unido, primer reportaje internacional

Segunda parte

Introducción

Diario

Conclusiones

Epílogo

Apéndice

Notas

Webgrafía

Bibliografía

Contratapa

Agradecimientos

Tengo el orgullo y el honor de haber podido contar con el invaluable aporte (en orden cronológico en la bandeja de entrada de mi buzón electrónico) de: Peter C.Gøtzsche, Juan Gervas, Mercedes Pérez Fernández, Mario Augusto Bunge, Miguel Pizzanelli, Sophie Arie, Chris Gupta, Helke Ferrie, Aliss Terpstra, Jennifer Daniels, Mariela Mautone, Paul Glasziou, Hazel Thornton, Iain Chalmers, Alexandra Barratt, Imogen Evans, Susan Bewley, Michael Baum, Elizabeth Prochaska, Margaret Mc Cartney, Miguel Jara, Iona Heath y André L.Silva.

También de allegados compatriotas y colaboradores como Ernesto Spinak, Beatriz Roig, María Virginia Mautone, Cristina González Vainer, Carina Gaggero, Karina Cassinelli, Laura Cerruti, Stella Marys Cabeza, Jacqueline Ponzo, Paola Rava, Norma Gatto, Rafael Pelufo, Agustín Correa, María Cecilia Barrios y Daniel Vega.

Quiero agradecer especialmente a Mujer Y Salud en Uruguay (MYSU) y la Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria (SUMEFAC).

También a los profesionales de la comunicación de Uruguay que me dedicaron un espacio: Leticia Costa Delgado, Florencia Pereira, Georgina Mayo, Abril Suárez, Carlos Rehermann, María Inés Obaldía, Andrea Villaverde, Juan Sader, Victoria Rodríguez, María Pía Camerlatti, Elena Fonseca, Carlos Peláez y Gabriela Vaz.

Y a los blogueros Javier Segura del Pozo (Salud pública y otras dudas), Manuel Vilches Pacheco (Desayuno con fotones) y John Horgan (Cross-check en Scientific American).

Al Breast Cancer Google Group y al equipo de Healthwatch de Reino Unido.

Quiero reconocer al equipo de AVAAZ y a cada una de las firmas que adhirieron a esta causa.

Quiero agradecer y reconocer a Mónica Cardoso Díaz.

Y sin el apoyo de Jorge, José, Bernardo y Marcelo, no habría vivido la experiencia, ni su testimonio se habría materializado en este documento.

Prólogo

*Tu cuerpo, tu salud y tu vida te pertenecen.
Son tus derechos.
Hacelos valer.*

Esta es la consigna que Mujer y Salud en Uruguay (MYSU) utiliza en su campaña para la promoción y defensa de la salud y los derechos sexuales y reproductivos en tanto derechos humanos.

Desde esta organización feminista, llevamos años bregando por la libertad y la autonomía de las mujeres con el objetivo de lograr que las decisiones que las mujeres tomamos sobre nuestro cuerpo, nuestra salud y nuestra vida sean respetadas, cuenten con las condiciones óptimas para tomarlas y sean garantizadas por las instituciones del Estado. Desde hace muchos años hemos promovido acciones y sumado esfuerzos con otros actores sociales, con el propósito de incidir en la realidad para cambiarla, buscando transformar las situaciones de injusticia y denunciando las distintas formas en las que se vulneran los derechos.

Por eso cuando supimos de la acción iniciada por Ana Rosengurt y las razones que fundamentaban su decisión de oponerse al decreto del estado uruguayo que la obligaba a realizarse la mamografía como condición para habilitar el carné de salud laboral, no dudamos en apoyarla y sumarnos a su causa.

La ciudadanía de las mujeres ha sido una conquista que ha costado mucho alcanzar y que aún son múltiples los obstáculos que deben sortearse para que dicha ciudadanía pueda ser ejercida por todas las mujeres sin sufrir discriminaciones ni violencias. En el dominio de la salud, el ejercicio de esa ciudadanía ha estado particularmente acotado y restringido por el control del poder médico. La concepción de la medicina dirigida a disciplinar la conducta de las personas en pos de supervisar el estado de salud y la calidad de vida de la población, tuvo en las mujeres un campo muy particular de incidencia. Por características biológicas específicas y por ser el cuerpo de las mujeres el canal de reproducción de la especie humana, múltiples intereses han estado en juego en torno a los asuntos de la salud femenina y no siempre para velar por ella. El haber sido ciudadanas de segunda bajo el control y dominio del poder patriarcal, ha hecho que sobre la vida y la salud de las mujeres el sistema considere que tiene derecho de decir qué se debe o no hacer, cuándo y cómo. La violencia de género, la deshumanización en el parto, la criminalización del aborto, la medicalización⁻¹⁻ del cuerpo de las mujeres son ejemplo de las condiciones impuestas por ese sistema. La lucha por la autonomía y la libertad en las decisiones, por lo tanto, han sido y son reivindicaciones fundamentales en los procesos emancipatorios llevados adelante por los movimientos feministas de todas las épocas. También en el aquí y ahora.

La persona debe ser el principal agente de su salud en convivencia armónica con su entorno. El Estado y el sistema deben ser garantes de las condiciones para que el acceso a productos y servicios sea universal y de calidad, de forma tal que el derecho pueda ejercerse, sin discriminaciones. Por lo tanto esto si bien incluye el acceso a las prestaciones en salud, también y fundamentalmente implica recibir una atención respetuosa de la autonomía y la dignidad de las personas.

El largo proceso de ser sujetos de derecho ha estado plagado de conflictos y contradicciones porque ha habido que oponerse al orden instituido y desobedecer las reglas y las normas, muchas de las cuales supuestamente fueron hechas para protegernos y cuidarnos. De eso dimos cuenta cuando Ana llegó a MYSU con toda la información y la evidencia sobre la vulneración de derechos que significaba el decreto 571/006 que incorporaba la obligatoriedad de la mamografía en el carné de salud laboral. Una vez más el sistema nos había tendido una trampa y había convertido en imposición lo que en su origen había sido el reclamo por acceder, en igualdad de condiciones, a los beneficios de la ciencia. La demanda que surgió de las mujeres trabajadoras por la universalidad en el acceso a la prevención y la atención temprana se transformó en obligatoriedad y condición para trabajar. El Estado en lugar de asegurar condiciones para que cada mujer pudiera decidir con libertad, optó por tutelarnos a todas imponiéndonos la realización de un estudio como condición para ejercer el derecho al trabajo.

La incidencia de cáncer de mama en Uruguay es alta y es una de las causas de defunción en las mujeres. Como movimiento de salud demandamos por años servicios integrales acordes a los diferentes requerimientos exigiendo que se superara el modelo materno-infantil que centró por décadas toda la atención de la salud para las mujeres, descuidando otras dimensiones y necesidades. Desde las organizaciones sociales difundimos y promovimos la importancia de conocer el propio cuerpo, examinarlo periódicamente y consultar de inmediato ante la aparición de cualquier síntoma sospechoso. La detección precoz, el acceso a la tecnología y a la atención de calidad fueron demandas que impulsamos para que todas las mujeres, sin diferencias, pudieran beneficiarse de los adelantos del desarrollo y que su acceso no estuviera condicionado por la capacidad de pago. Universalidad en la cobertura, calidad en la atención, humanización en el trato, respeto a la autonomía y condiciones para tomar decisiones informadas, fueron principios ineludibles. Sin embargo no habíamos registrado que el decreto del 2006, al imponer la obligatoriedad de la mamografía en el carné de salud laboral, nuevamente vulneraba los derechos poniéndonos además en peligro.

La exposición a radiación es un factor de riesgo para el cáncer de mama así como para el desarrollo de otros tumores. Eso es lo que indican las investigaciones realizadas a nivel mundial y por eso aquellos países que habían optado por esta medida de detección precoz, están revisándola y desestimándola. Sin embargo, Uruguay la impuso hace dos periodos de gobierno y si bien no ha logrado bajar aún más la mortalidad por cáncer de mama en el país, no hay disposición a revisarla. Por lo menos así lo han declarado las autoridades que la impusieron.

Determinar la obligatoriedad de una única técnica por decreto, no fomenta ni asegura la incorporación de otras que demuestren ser igual de efectivas pero menos perjudiciales. La investigación sobre la exposición a radiación no tiene desarrollo en el país. No hay elementos suficientes que permitan aseverar que no sean nocivas y, por lo tanto, las autoridades deberían actuar con mucha más cautela con las medidas que imponen. La industria médica sabe que las mujeres entre 40 y 59 años son clientela cautiva porque deben hacerse la mamografía por lo menos cada dos años, por lo tanto no va a invertir trayendo otras técnicas, aunque se haya demostrado en el mundo que hay medios de diagnóstico menos riesgosos. Las autoridades de la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer han dicho que se ha renovado e incrementado el número de

mamógrafos en el país; afirman que son de última generación pero no está disponible la información que especifique la condición de dichos equipos ni la fecha de su última calibración. No se puede asegurar que todos estén en las condiciones de funcionamiento adecuado, que emitan las dosis mínimas de radiación o que los resultados sean seguros. Por lo tanto hay mujeres que están siendo expuestas y sus diagnósticos pueden arrojar falsos positivos o falsos negativos.

Las campañas públicas se remiten a enfatizar la cantidad de mujeres que mueren o están afectadas por el cáncer de mama y se exhorta a la realización de la mamografía. Muchas personas creen que la mamografía es un medio de prevención y por lo tanto piensan que si se la hacen estarán protegidas del cáncer cuando, en realidad, podría estar sucediendo lo contrario. Hay quienes incluso piden que sea obligatoria desde edades más tempranas para proteger a las más jóvenes. El miedo a la enfermedad alimentado con información deficitaria cristaliza una ciudadanía pasiva muy expuesta a la arbitrariedad de la norma y a los intereses corporativos.

Por eso la iniciativa de Ana y la valentía con la que la asumió, es tan importante y destacable. Se ha enfrentado al status quo cuestionando –ni más ni menos- el discurso médico hegemónico. Lo ha hecho de forma muy responsable informándose exhaustivamente para tomar una decisión y hacerlo a conciencia. Tuvo la entereza y la honestidad de enfrentarse a las autoridades sanitarias para solicitar la exoneración de someterse a la radiación. Poniendo en riesgo su trabajo, debe ir cada seis meses a realizarse su carné de salud y siempre es provisorio porque no acata la regla. No optó por eludir la responsabilidad sino todo lo contrario, puso su solidaridad y compromiso al servicio de las otras mujeres, alertando sobre la situación. La actitud de Ana es un ejemplo de ciudadanía activa que cuestiona la imposición de la norma, por entenderla perjudicial y poco responsable. Con el ejercicio consciente de sus derechos no sólo busca su protección sino que se preocupa también por el de su comunidad. Por eso inició una campaña difundiendo los datos y brindando argumentos sólidos contra la obligatoriedad de esa medida sanitaria. Por lo tanto como organización feminista no podíamos menos que sumarnos a su iniciativa, apoyándola y acompañándola en esta lucha.

En la 5ta jornada nacional por la salud y los derechos sexuales y reproductivos, organizada por MYSU en junio de 2014 junto a la Secretaría de género, equidad y diversidad de la central sindical PIT-CNT, la situación evidenciada por Ana fue incorporada al debate de las más de doscientas cincuenta personas que asistieron. La Plataforma ciudadana que allí se elaboró y que es respaldada por setenta organizaciones sociales, por gremios de la salud y por personas vinculadas a diversas instituciones de todo el país, denuncia que “La medicalización del cuerpo y los intereses de la industria médica siguen presentes y, por lo tanto, normativas y decisiones que se suponen dirigidas para cuidar la salud, en algunos casos, pueden exponernos a riesgos pagando con nuestra vida los errores de la ciencia, las decisiones políticas inadecuadas o los intereses corporativos de las empresas de salud.” Entre las demandas hacia el sistema político se incluye: “diversificar las técnicas de detección de cáncer de mama y reconsiderar la obligatoriedad de la mamografía para el examen de salud laboral, teniendo en cuenta que la sobreexposición a la radiación es un factor desencadenante de tumores malignos. Se debe respetar el derecho de las mujeres a la decisión informada y a la elección de las técnicas menos invasivas.” Esta Plataforma⁽¹⁾ fue elaborada para

presentar a los distintos partidos políticos en contienda electoral y es la base de acuerdo para la acción articulada de los diversos movimientos sociales involucrados, para el próximo periodo de gobierno.

Ana no está sola en su lucha. Su reclamo forma parte ahora de las propuestas de una ciudadanía organizada que participa activamente en la transformación de la sociedad. Su fuerza y convicción se suman a la de mucha gente que quiere ejercer sus derechos con responsabilidad así como exigir el respeto por parte de quienes deben garantizarlos.

Gracias a su coraje quedó en evidencia una forma de vulneración de derechos de la cual no se tenía conciencia. Se ha generado debate público y la publicación de este libro es otra de sus contribuciones importantes para seguir trabajando por los cambios que deben procesarse. Desde nosotras, todo el reconocimiento y el compromiso de seguir trabajando juntas.

Lilián Abracinskas
Directora de MYSU
Mujer y Salud en Uruguay

Dedicatoria

A mis enemigos y detractores,
Porque me sacudieron hasta hacerme despertar
Y a los que con su indiferencia
Me provocaron hasta hacerme reaccionar:
A todos ellos por haberme hecho madurar
Hasta superarlos y opacar.

Carta al lector

Montevideo (Uruguay), 1o de mayo de 2014.

Durante mis vacaciones anuales de verano en el pasado mes de enero, ordené los casi tres mil correos electrónicos que durante más de dos años intercambié con mucha gente y que constituyen una especie de diario para la historia que ahora empezaré a contar.

Esta historia no es ficción. Es un testimonio de vida. Todo lo que relataré sucedió y se corresponde con la realidad. Todos los personajes son reales, aunque algunos no los cite por su nombre.

Escribo para inspirar a la gente desanimada y descreída de los valores de otra gente, para alentarla a encontrarse con personas desconocidas pero que hablan el mismo lenguaje de principios y junto a la cual pueden generar sinergia para provocar cambios que mejoren la sociedad en que conviven.

El mundo existe más allá de nuestro entorno rutinario. Ahora gracias a internet, el mundo ya ni tiene fronteras, es realmente uno. Presenta una variedad infinita de opiniones, experiencias y soluciones que puede enriquecernos mutuamente y ayudarnos a crecer más allá de los límites que nos imponemos a nosotros mismos. Y gracias al espíritu de superación que nos caracteriza a los humanos, la tecnología permite encontrarnos para colaborar en la construcción diaria de un mundo más vivible para todos.

Pero muy especialmente escribo para sacudir a todos los anestesiados que viven como si tuviéramos los derechos individuales garantizados. Porque si no los ejercemos, los derechos serán letra muerta.

<http://auraradiactiva.org.uy/>

Primera parte

Introducción

Acerca de mí

Soy uruguaya, nací en Montevideo el 3/12/1960, la capital de Uruguay, donde vivo. Mi padre era judío, hijo de refugiados ucranianos que llegaron a Uruguay antes de la primera guerra mundial escapando de los pogroms de la Rusia zarista. Fue ingeniero agrónomo y aunque su especialidad eran las gramíneas, amaba los cactus, afinidad que heredé y cultivo con gusto. Mi madre es católica, descendiente de vascos, tiene 87 años, es micóloga pero está jubilada. Del judío y la católica, nació la atea. Del judío y la vasca, la rebelde libertaria.

Mi hermano José, es ingeniero electrónico y emigró al Reino Unido en 1998. Vive en Brighton y todos los años escapa del invierno inglés para pasar sus vacaciones en Uruguay.

De mi primer matrimonio, tengo dos hijos ya grandes e independientes, Bernardo y Marcelo.

En 2001 cuando me divorcié y mientras trabajaba, me aboqué a terminar la carrera de ingeniería en computación en la Facultad de Ingeniería de la Universidad de la República, interrumpida por el matrimonio y la maternidad.

Cuando en 2005 estaba por rendir el último examen, conocí al Ing. Quím. Jorge Hernández Maffini, mi compañero, quien a pesar de su escepticismo me ha apoyado en esta quijotada para defender mi dignidad como mujer.

En 2011 hice una maestría a distancia en economía de telecomunicaciones en la UNED de España.

Mi familia actual se compone de mi compañero y una gata siamesa. Los fines de semana y cuando el clima lo permite, con Jorge y la gata escapamos de Montevideo a la cabaña en la playa de Jaureguiberry. Allí no hay teléfono convencional y siempre cargo la tecnología móvil para seguir conectada al mundo.

Desde 1993 practico yoga en la sede Montevideo de la organización internacional Sivananda.⁽²⁾ Disfruto con alegría de la posición del paro de cabeza porque aunque suene risueño, desde ese punto de vista del mundo (con la cabeza en la tierra y los pies en el aire) varias veces he visto la luz a ciertos problemas y tomado decisiones importantes en mi vida. Vencer el miedo a caer para lograrla cada vez, me alienta a superar cualquier temor. El esfuerzo y la concentración para mantenerla en equilibrio me revitalizan y me inyectan fuerza de voluntad para actuar.

Desde 1997 trabajo en la empresa estatal de telecomunicaciones de mi país (Antel) en el área de seguridad informática.

Soy sindicalista de un sindicato de cuadros, como se designa internacionalmente a las agrupaciones de profesionales y cargos jerárquicos.⁽³⁾

Gracias a internet y mi curiosidad, a partir de cualquier información, con avidez hurgo en busca de más información hasta derivar en temas y sitios insospechados por mí. Así me sucedió con el cribado mamográfico, de cuyo debate en Europa y Norteamérica había tenido noticia gracias a la BBC tiempo atrás, mientras en Uruguay sólo se evangelizaba sobre las maravillas de la mamografía y se imponía su obligatoriedad. Lo que empezó como una investigación para satisfacer mi curiosidad,

terminó mutando a una causa internacional, aún latiendo y vibrando para revertir la infame situación de las uruguayas.

Este es el testimonio de ella.

Capítulo 1

Hacer conciencia

El 29/11/11 había ido al ginecólogo por el chequeo anual que acostumbraba realizarme. El médico me extrajo la muestra para la citología vaginal (PAP) y me indicó la realización de la mamografía. Yo le dije que aún tenía vigente el carné de salud laboral y para el cual son obligatorios ambos estudios.

El carné de salud es un documento que se exige en Uruguay para trabajar (en la actividad pública y la privada), practicar actividad física en una organización deportiva (ya sea como recreación o en forma profesional), obtener el permiso de conducir (en algunos departamentos como Durazno y Salto)⁻²⁻ y estudiar. Se expide con una vigencia máxima de dos años.

Él me increpó diciendo: "Así que usted se hace la mamografía sólo por el carné de salud. ¿Y si su vigencia se prolongara por tres años, usted se la haría cada tres años?". Ante mi respuesta afirmativa, él me advirtió que en muy poco tiempo (menos de un año) yo podía desarrollar un cáncer y por eso me la recomendaba en forma anual. Casi en un tono burlón me preguntó: "¿Y por qué no se la quiere hacer? ¿Porque le duele?". Nunca en mi vida había experimentado el bullying médico en una consulta de rutina.

La mamografía es un estudio imagenológico de las glándulas mamarias, a las cuales se aplica radiación mientras son comprimidas. Habitualmente consiste en dos proyecciones en cada mama. Se realiza con un equipamiento especial: el mamógrafo. Es tan sólo una técnica de diagnóstico y no previene la enfermedad.

Yo le recordé la época de la radiografía de tórax para detectar tuberculosis (conocida como abreugrafía). Se llamaba así en honor a Manuel Dias de Abreu, el médico brasilero que la desarrolló. Era obligatoria en el carné de salud estudiantil durante la última dictadura militar.⁻³⁻

La tuberculosis nunca se erradicó del Uruguay y sin embargo la abreugrafía no se realiza en el carné de salud laboral actual. Le pregunté por qué y me contestó que no habiendo síntomas no se justificaba irradiar innecesariamente a la gente. Le repliqué que el mismo criterio aplicaba yo para mi caso en relación con el cáncer de mama. Y que careciendo de antecedentes familiares de cáncer de mama y habiéndome realizado ya tres mamografías todas con resultado negativo consideraba innecesario un nuevo control antes de lo establecido para el carné.

Él insistió en que aún sin síntomas evidentes para mí y aún antes de que él pudiera palpar algo en el examen clínico dicho estudio podía detectar un cáncer maligno invasivo incipiente. A mí me sorprendió que en una visita de rutina un médico asustara a una mujer grande de 50 años con una enfermedad. ¡El ginecólogo me alentaba a convertirme en hipocondríaca!

Yo le respondí que si se había abandonado la abreugrafía seguramente se abandonaría la mamografía en un futuro por lo que yo prefería evitar la acumulación de radiación en mi cuerpo. Suiza, a la vanguardia de Europa y el mundo entero, sería el país pionero en hacer realidad mi pronóstico.

Él me reprochó: "Pero usted no puede comparar la tuberculosis con el cáncer". Yo le contesté que una enfermedad transmisible de la que mueren mujeres y hombres, es incomparable con una no transmisible de la que mueren algunas mujeres.

Finalmente resignado a que yo desestimara su indicación, me fui y por varios años no volví a ver un ginecólogo, ni para un PAP anual como acostumbraba desde el último parto, hacía más de 20 años. De regreso en mi casa y al relatar a Jorge la entrevista, decidí no mamografiarme nunca más, al menos mientras no tuviera motivos para ello. Y Jorge me contestó: "¿Estás segura de que estás haciendo lo correcto?" Un terrorista de la medicina sembró en mí la desconfianza y el rechazo a su recomendación me impulsaría a iniciar una investigación por mi cuenta.

Una semana después en la página dedicada a los temas de salud del semanario Búsqueda⁽⁴⁾ una entrevista a un médico uruguayo, el Dr. Asadur Tchekmedyian, titulada "El riesgo de hacerse estudios con radiación innecesarios" afirmaba: "*Se calcula en Estados Unidos que de cada 200 tomografías en mujeres, una va a desarrollar un cáncer producto de esa tomografía y en hombres es de 600 a uno*". Esto es: cada tres mujeres que desarrollan cáncer por una tomografía axial computarizada (TAC), sólo un hombre lo hará. Por lo tanto el umbral a partir del cual la mujer puede desarrollar cáncer por efecto de la radiación es considerablemente inferior al del hombre.

A pocos días de haber resistido a la presión del ginecólogo para mamografiarme la información que brindaba Tchekmedyian me reafirmaba en mi posición anti mamografía.

La mamografía anual a partir de los 40 años era habitual en Estados Unidos desde hacía varias décadas; tal vez las mujeres acumulan radiación por intentar detectar precozmente el cáncer de mama y luego al necesitar una TAC por un problema real, la dosis de la TAC acumulada a la de las mamografías, sobrepasa el umbral y desarrollan cáncer. En el caso de las uruguayas como yo, además tenemos el crédito radiactivo de las abreugrafías que nos cargaron durante la dictadura.

A partir de esta conjetura busqué en la web demandas de mujeres sanas por haber desarrollado cáncer de mama luego de una serie de mamografías. No encontré ninguna. Fue frustrante pero no me desanimé. No tardaría en descubrir por qué jamás ocurriría una demanda así.

También busqué alternativas para detectar precozmente cáncer de mama. Encontré varias: termografía (imagen producida por radiación infrarroja), elastografía (imagen producida por ultrasonido) y prueba de Biofield (por diferencias de potencial eléctrico).

Sobre la termografía abundaba información en la web. Puede anticipar el desarrollo del cáncer varios años antes que un tumor sea detectable por mamografía.⁽⁵⁾ La termografía es una prueba de la fisiología y por eso detecta una alteración funcional. No muestra la estructura de la mama que revela la mamografía sino que capta el calor que irradia de ella por la anarquía celular y la neoangiogénesis (o revascularización, que es el desarrollo de nuevos vasos sanguíneos indispensables para la nutrición de las células tumorales y de las metástasis) que anteceden al desarrollo del cáncer mamario. En cambio la mamografía es una prueba de la anatomía de la mama. Resulta positiva cuando un tumor ha alcanzado un tamaño lo suficientemente grande y denso que bloquea un haz de rayos X produciendo una imagen en la placa mamográfica.

La termografía fue aprobada por la Food and Drug Administration (FDA) de Estados Unidos en 1982 para la detección precoz del cáncer de mama^[1], que desde entonces ha habilitado casi 40 modelos de termógrafos con ese fin.^[2]

Entonces me felicité porque mi rechazo a la radiación como forma de detectar un cáncer de mama en mujeres asintomáticas no estaba errado puesto que en otros países se habían desarrollado técnicas alternativas a la mamografía. Ninguna de ellas aparecía como disponible en Uruguay. Las únicas alternativas eran la ecografía (por ultrasonido) y la imagen por resonancia magnética (MRI, que usa imanes muy potentes para crear las imágenes).

Pero por alguna extraña razón, nos indicaban la mamografía: la única que utiliza un reconocido agente carcinogénico. La reglamentación me obligaba a someterme a ella periódicamente hasta que una resultara positiva, esto es, hasta que revelara un cáncer de mama. ¿Es posible distinguir un cáncer natural de uno radioinducido?

Y entonces decidí evitar ese estudio y rebelarme contra su absurda imposición.

Capítulo 2

Punto de partida

¿Cómo, por qué y desde cuándo era obligatoria la mamografía en el carné de salud laboral? ¿Sería cierto o una tradición oral? Investigando en los sitios web oficiales de mi país, descubrí tres disposiciones vigentes.

La Ordenanza del Ministerio de Salud Pública N° 402 del 11 de julio de 2006 había establecido que la mamografía y el PAP eran gratuitas para las mujeres comprendidas en las franjas etarias establecidas por la misma: PAP de 21 a 65 años y mamografía de 40 a 59 años.

El decreto 571 del día 19 de diciembre del mismo año 2006 había incluido ambos estudios en el carné de salud que se otorga por una vigencia máxima de 2 años, con lo cual se transformaron automáticamente en obligatorios cada 2 años. El decreto estaba firmado por el presidente Tabaré Vázquez y oncólogo en ejercicio al momento de su emisión, probablemente en el último consejo de ministros de ese año. Un 19 de diciembre el poder legislativo ya estaba en receso, el poder judicial de ferias y el país entero en la vorágine de las fiestas antes del lúdico verano.

La Ordenanza del Ministerio de Salud Pública N° 105 del 31 de julio de 2007 modificaba la del año anterior ampliando las franjas para su realización, no así su gratuidad: PAP a partir de los 21 años y mamografía a partir de los 40 años, ambos sin límite máximo.

En resumen, la situación actual de las uruguayas es la siguiente:

1. el PAP es obligatorio a partir de los 21 pero es gratuito sólo hasta los 65 años,
2. la mamografía es obligatoria a partir de los 40 pero es gratuita sólo hasta los 59 años,
3. si a los 87 años realizara actividad física para la tercera edad (como acostumbraba mi abuela materna) deberé someterme a ambos estudios y pagar por ambos.

Cuando en 2008 entró en vigencia el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS)⁽⁶⁾, sorprendió mucho que el aporte solidario al Fondo Nacional de Salud (FONASA) que el Estado retendría a cada uno de los trabajadores en forma proporcional al salario, por decreto 002/008⁽⁷⁾ se redistribuiría entre los mismos trabajadores (y sus hijos menores de edad) pagando directamente a los servicios de salud que cada uno eligiera, según edad y sexo de los beneficiarios:

Edad	Hombres	Mujeres
<1	6,52	5,57
1 a 4	1,90	1,79
5 a 14	1,11	1,00
15 a 19	1,08	1,43
20 a 44	1,00	2,12
45 a 64	2,07	2,53
65 a 74	3,99	3,47
>74	5,26	4,34

Las mujeres entre 15 y 64 años reciben un subsidio mayor que los hombres de igual edad, mientras que desde el nacimiento hasta los 14 años y a partir de los 65, los hombres reciben mayor subsidio que las mujeres de igual edad.

La franja entre los 15 y los 44 años corresponde a la edad en que la mujer es fértil. El control del embarazo conlleva un gran número de acciones médicas debido a su exagerada medicalización, hasta su culminación con el parto, también medicalizado.

Entre los 45 y 64 años es el rango de edad comprendido en el decreto de la mamografía y PAP obligatorios, sin que los hombres de igual edad estén obligados a control específico alguno. Es decir, que el SNIS subsidiaría los mamógrafos (y los laboratorios que realizan el PAP). Por cada mujer que concurre a mamografiarse gratuitamente, el dueño del mamógrafo cobra al Estado por dicho estudio.

La importación de mamógrafos tendría un auge gracias a las mamografías obligatorias. Más adelante obtendría la prueba de esto.

Y sentí sana envidia de las mujeres de los países desarrollados por tener oportunidad de elegir con cuál técnica controlarse las mamas mientras que las uruguayas estábamos condenadas a una sola. Ninguna de las técnicas alternativas disponibles en los países desarrollados arribaría nunca a Uruguay porque el decreto ampara un monopolio de la mamografía al especificarla expresamente lo cual no respeta la normativa relativa a la libre competencia⁽⁸⁾ ni el derecho de la consumidora a la libre elección del procedimiento.⁽⁹⁾

Capítulo 3

Petición al MSP

A una amiga abogada le había preguntado cómo podía evitar la mamografía en el carné de salud. La única forma era presentando una petición personal de exoneración de su cumplimiento a la autoridad competente en la regulación del carné de salud laboral, es decir, el Ministerio de Salud Pública (MSP).

Entonces tuve que enfrentar la primera de las resistencias con que me toparía. Mi amiga abogada me advirtió que ella no estaba de acuerdo con mi cuestionamiento a una política sanitaria que se suponía era para mi bien.

Me dijo que no me sintiera obligada a encarar el proceso con ella sino libre de recurrir a otro profesional que estuviera afín a mi posición, si yo consideraba que eso podría pesar en la calidad de su trabajo. Pero acepté su asesoramiento profesional y armamos el caso con la información que yo misma había recabado.

Además de la oposición de mi abogada, Jorge tampoco tenía confianza en el éxito de mi iniciativa porque cuestionaba nada más ni nada menos que un decreto de Tabaré Vázquez y que nadie había puesto en duda en su momento. ¿Cómo me atrevía yo, seis años después de su aplicación sin discusión? La posición oficial pro mamografía implantada por Vázquez, era sostenida en el gobierno de Mujica por actores afines al oncólogo (como la que fuera su ministra de Salud Pública) al frente de la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer, Dra. María Julia Muñoz.

Como es habitual, durante el mes de enero la justicia uruguaya interrumpe su actividad. Con mi abogada aprovechamos ese tiempo para redactar la petición que iniciaría todo este proceso y en definitiva es la génesis de este libro. En los primeros días de febrero y a siete meses del próximo vencimiento de mi carné de salud, presenté ante el MSP la petición de exoneración de mamografía. El espíritu de ese primer escrito era demostrar que una normativa fría y fija no podía acompañar el dinamismo de la ciencia ni la evolución de la tecnología, impidiendo el acceso a las alternativas a la mamografía que yo había encontrado disponibles en otros países y que presentaba en la fundamentación. Lo que podía haber sido una política acertada en un momento ya no lo era al de mi solicitud.

Mi petición dio origen al expediente 12/001/1/476/2012 en el MSP. Periódicamente a través de su sitio web podía seguir su evolución. Luego de un mes, el expediente continuaba en la misma dependencia donde se había iniciado el trámite. El MSP disponía de cuatro meses restantes para contestar mi petición según los plazos establecidos por la normativa vigente. Jorge era escéptico y me decía que no tendría andamio ya que todo el MSP estaría alineado con las políticas heredadas desde la administración de Tabaré Vázquez, que además seguramente él sería el próximo presidente y por lo tanto nadie se arriesgaría a contrariarlas por acceder a mi petición.

Yo no estaba dispuesta a aceptar que la política llegara tan lejos y nada se pudiera cambiar como consecuencia del conocimiento científico. Vivíamos en democracia y el andamiaje del estado de derecho por el que tantos y tanto habíamos luchado durante la dictadura, debía funcionar. Tampoco aceptaba que la única participación cívica de una sociedad se limitara a votar una vez cada cinco años y luego vivir sometida a los que sus representantes determinaran. Además, mi salud, mi vida y

mi derecho al trabajo estaban en juego. Yo no me sometería ni sucumbiría a un supuesto poder infinito.

Mientras eso se encaminaba y previendo las diferentes instancias en las cuales debería exponer mis razones, continué investigando incansablemente con el objetivo de obtener los últimos avances sobre el tema, para demostrar en cada instancia procesal lo perecedero que puede ser un decreto sobre una política sanitaria como la mamografía ante el avance implacable de la ciencia. Tuve que leer mucho para aprender conceptos desconocidos para mí, además de repasar probabilidad y estadística.

Cuando encontraba información en cualquier parte del mundo que me podía ser útil, me contactaba con su autor. Algunos no me contestaron, otros se excusaron y varios se escandalizaron hasta ofrecirme su apoyo incondicional, ya sea proveyéndome de material científico actualizado de primer nivel, como de otros contactos que me podían ayudar. Pero una pareja muy especial se jugó por mí desde España sin siquiera conocerme: el Dr. Juan Gérvás y la Lic. Mercedes Pérez Fernández.

Capítulo 4

La Ley 18.335

Al mes de presentar la petición ante el MSP y mientras el expediente continuaba en la misma dependencia donde había iniciado su trámite, una noticia del departamento de Maldonado me impactó de tal modo que reorientaría mi investigación.

Una mujer que había sufrido un accidente de tránsito, por rotura del bazo y debido a la enorme pérdida de sangre, se debatía entre la vida y la muerte. Se le había indicado una transfusión que podía aumentar las posibilidades de su recuperación pero ella se había negado por motivos religiosos con el apoyo de su familia. Los médicos recurrieron a la justicia para obtener una orden que les permitiera imponer su criterio. La jueza Marcela Vargas les explicó que mientras la paciente fuera mayor de edad y manifestara su voluntad en pleno uso de sus facultades mentales, había que respetar su “libertad de conciencia”.

Si a una persona padeciendo una situación de salud crítica se le respetaba la voluntad para rechazar un tratamiento que podía salvarle la vida ¿por qué a mí que ni siquiera estaba enferma se me negaba la posibilidad de resistir la presunción de enfermedad y rechazar una técnica de diagnóstico peligrosa para detectar una patología de la cual no presentaba síntomas?

Pocos días después los medios de comunicación reportaron la muerte de la mujer. Carlos Olivet, entonces director del Hospital de Maldonado, admitió que “*El médico tiene la obligación de respetar los derechos del paciente*”. Y uno de los artículos digitales que informaba sobre el hecho, finalizaba con el siguiente párrafo⁽¹⁰⁾:

La ley 18.335 del 2008, es la que regula los derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud. En su artículo 11 se sostiene que “todo procedimiento de atención médica será acordado entre el paciente o su representante y el profesional de salud –luego de recibir información adecuada, suficiente y continua–. El paciente tiene derecho a negarse a recibir atención médica y a que se le expliquen las consecuencias de la negativa para su salud”.

Era una ley nueva, sancionada durante el mismo período de gobierno en el que se había emitido el decreto que yo impugnaba y por un parlamento cuya mayoría respondía al mismo partido político que el presidente oncólogo.⁽¹¹⁾

Me zambullí en un mundo nuevo para mí: el de la bioética. Etimológicamente significa “ética de lo vivo”. La bioética es el “estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y de la salud, analizada a la luz de los valores y principios morales” (Reich, Encyclopedia of Bioethics, 1978). Sus principios son cuatro:

1. autonomía: respeto a la dignidad de la persona
2. beneficencia: obligación de hacer el bien
3. no maleficencia: no hacer daño
4. justicia: equidad con uso eficiente de recursos.

Estarían inspirados en las grandes religiones del mundo. Son universales, esto es: valen para todos, independientemente de las diferencias culturales o ideológicas que

separan a las personas y a los pueblos. Por esto están relacionados con los derechos humanos.

La Ley 18.335 no sólo preveía el consentimiento informado para diagnósticos, tratamientos y experimentos, sino también el derecho a no saber sobre la enfermedad. Por lo tanto si yo puedo decidir no saber que tengo un cáncer de mama incipiente, el Estado no está legitimado para imponerme saber mediante la realización de la mamografía.

El consentimiento informado tiene sus raíces legales en 1947 cuando se juzgaron los médicos acusados de realizar experimentos con prisioneros de guerra en campos de concentración nazis durante la Segunda Guerra Mundial y condenados por ellos como crímenes contra la humanidad. Esto dio origen al Código de Ética Médica de Nüremberg.

La 18.335 era el instrumento jurídico que avalaba mi decisión a negarme a la realización de un estudio como la mamografía. Inmediatamente le avisé a mi abogada sobre mi descubrimiento.

Pocos días después recibí por correo postal un impreso de mi seguro médico. Se trataba de la cartilla de los usuarios de los servicios de salud dispuesta por el decreto reglamentario de la Ley 18.335, el 274/010. Casi al mismo tiempo mi abogada también había recibido de su servicio de salud (distinto del mío) la misma comunicación al respecto. Cuatro años después de sancionada la ley, se reglamentaba su aplicación: justo cuando yo necesitaba esa batería jurídica.

Entonces estalló un escándalo mediático como consecuencia de las muertes de pacientes terminales en el Hospital Maciel y la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos a manos de dos enfermeros que les habrían inyectado “el cóctel” para terminar su sufrimiento y ayudarlos a bien morir. El MSP acaparó los medios de comunicación por varias semanas y Uruguay fue noticia en el mundo por esto.

Otra vez temí por el destino de mi expediente. Pero lejos de ser archivado me sorprendí de que todas las oficinas que lo habían recibido, lo habían estudiado e informado.

Capítulo 5

Los informes

En julio de 2012 el MSP había agotado el primer plazo que disponía para responder mi petición y restaban sólo dos meses para el vencimiento de mi carné de salud.

Me dieron vista del expediente con todos los informes incluidos en él aunque no había una respuesta definitiva a mi petición. Algunos muy previsibles, recomendaban la mamografía sin fundamentos serios, tan sólo basados en supuestas experiencias internacionales. Pero un par de ellos resultaron muy relevantes porque si bien no apoyaban decididamente mi petición, proporcionaban datos que la sostenían.

La Dra. Carmen Ciganda en nombre de la División de Salud Ambiental y Ocupacional (DISAO, dependiente del MSP) había informado que de no hacerme la mamografía no perjudicaba al colectivo de las demás trabajadoras.

El Dr. Walter Cabral en nombre de la Autoridad Reguladora Nacional de Radioprotección (ARNR, dependiente del Ministerio de Industria, Energía y Minería, MIEM) había aportado un extenso reporte. En él informaba que la dosis de radiación aplicada en una mamografía habitual de cuatro proyecciones equivale a la de cuatro radiografías de tórax. Es decir, que en términos de dosis de radiación, una mamografía cada dos años, equivale a una radiografía de tórax cada seis meses. Más adelante descubriría otra versión sobre este detalle no menor.

Otro dato aportado por Cabral era la estimación del detrimento radiológico provocado por la radiación de la mamografía, el cual si bien era tan sólo eso (una estimación teórica) impresionaba por los números y constituía un fundamento muy fuerte:

“El detrimento radiológico estimado del programa es inferior a 60 cánceres y a 44 cánceres mortales por cada 100.000 mujeres”.

El detrimento radiológico, entendido como el número de cánceres inducidos por la radiación, depende de la dosis impartida en el órgano.^[3] En el caso de la mamografía, según Cabral cada 100.000 mujeres mamografiadas 60 podían desarrollar cáncer de mama radioinducido y 44 podían morir por cáncer de mama radioinducido. Su información apoyaba fuertemente mi posición: la radiación de la mamografía seriada es carcinogénica. Y una vez más me cuestioné cómo luego de una serie de mamografías negativas, de una con resultado positivo los médicos podían concluir que el cáncer había sido “detectado” en vez de provocado por la acumulación de radiación de la propia técnica.

Es sorprendente que habiéndose descartado una radiografía de tórax para evitar radiar gente asintomática de tuberculosis, ahora se obligue sólo a las mujeres a “poner los pechos a la radiación”⁻¹¹⁻ (¡y cuatro veces más intensa!) con el fin de detectar la enfermedad que podía ser ocasionada por la de una sola radiografía de tórax para evitar la tuberculosis a toda la población.

Con mi abogada presenté el escrito de respuesta a estos informes. Era rotundamente más contundente respecto al de la petición inicial: estaba basado en los

dos informes favorables de dos autoridades del gobierno uruguayo y en la Ley 18.335, que me habilitaba a no acatar un decreto que además de ser anterior a ella, era de menor rango y por lo tanto inaplicable.

Mi abogada y yo estábamos convencidas de que sólo podía conducir a una resolución favorable y en un plazo breve.

Nada más lejos ese anhelo sino apenas el comienzo de un proceso muy prolífico de más descubrimientos, contactos internacionales, entrevista por teléfono móvil desde el Reino Unido, una campaña internacional de recolección de firmas contra la normativa uruguaya, el apoyo incondicional de un patrocinador local, la promoción del debate público en medios de comunicación locales y vaya a saber qué más, porque aún no está escrito el fin de esta historia.

Capítulo 6

Dinamarca, primer contacto con el mundo

Todas las búsquedas en la web acerca de la controversia mundial sobre la mamografía aportaban información producida fuera de Uruguay. Era como si en mi país se ignorara por completo todo otro aspecto que no refiriera a los beneficios de la mamografía, por lo que jamás encontraría un médico que se pusiera de mi parte y me expidiera el carné de salud sin presentar la mamografía.

Había un nombre que se repetía en muchas fuentes y referencias: Peter C.Gøtzsche. La polémica se habría desencadenado a partir de su trabajo en conjunto con Ole Olsen en el año 2000 y publicado por la revista médica The Lancet.

Gøtzsche y Olsen se habían abocado a investigar todos los ensayos clínicos sobre el “cribado mamográfico” producidos hasta el momento. Cada ensayo por separado había reportado una disminución de la mortalidad por cáncer de mama gracias a la mamografía usada como prueba de cribado en mujeres sanas. El trabajo de los daneses consistió en analizarlos en forma conjunta y producir un informe como si se tratara de un único ensayo sobre el total de pacientes integrado por la unión de los conjuntos de pacientes de los ensayos individuales. Esto se denomina meta análisis y su conclusión resultó muy distinta a las de todos los ensayos individuales: el cribado mamográfico no reduce la mortalidad por cáncer de mama y sus efectos adversos superan los beneficios.

Un cribado es una estrategia aplicada sobre una población presumiblemente sana para detectar una enfermedad en individuos sin síntomas de ella. La prueba usada en un cribado no es un diagnóstico definitivo y los resultados positivos derivados de ella, deben verificarse para confirmar la enfermedad y en ese caso ser sometidos a tratamiento.

Las repercusiones de “¿Está justificado el cribado del cáncer de mama con mamografía?”^[4] fueron de tal magnitud que desde entonces sus dos autores han recibido ataques por parte de colegas de todo el mundo. Los acusaron de cometer errores estadísticos, de carecer de méritos académicos, de generar confusión, de proceder anticientífico y contrario a los principios de la Colaboración Cochrane, para la cual trabajaban.

Pero Gøtzsche no se amilanó y con mucha seguridad continuó defendiendo sus conclusiones hasta el presente.

El artículo proveía su dirección electrónica y decidí contactarlo. El 21/8/2012 me armé de coraje y escribí mi primer correo electrónico al mundo sobre la situación uruguaya de la mamografía obligatoria por decreto. Gøtzsche me contestó el mismo día y su mensaje me alegró infinitamente porque representaba la primera mano tendida y de un referente muy calificado. Cuando triunfal le anuncié a Jorge haber recibido su respuesta, me miró extasiado.

Peter C.Gøtzsche es danés y director del Nordic Cochrane Centre. Master of Science en biología y química desde 1974. Se doctoró en medicina en 1984. Mientras estudiaba en la facultad, trabajó en los departamentos de ensayos clínicos y regulación de medicamentos de algunas empresas farmacéuticas. Posteriormente ejerció la medicina en diversos hospitales de Copenhague. En 1993 fundó junto con otros colegas

internacionales, la Colaboración Cochrane y en ese mismo año creó el Nordic Cochrane Centre. Desde 2010 ocupa la cátedra de Diseño y Análisis de Investigaciones Clínicas en la Universidad de Copenhague.

La Colaboración Cochrane es una organización sin fin de lucro que reúne investigadores de ciencias de la salud (más de 30.000 voluntarios en más de 90 países) que aplican un riguroso y sistemático proceso de las intervenciones en salud que permitan definir con claridad los beneficios e inconvenientes de cada una. Desarrolla una labor de recopilación y análisis de ensayos clínicos, trascendente desde el punto de vista de los pacientes. En su sitio web se puede encontrar amplia información sobre sus métodos de trabajo y una extraordinaria base de datos. Las revisiones se publican en formato electrónico en la Biblioteca Cochrane, que ya cuenta con un catálogo de más de 5.000 entradas y se actualiza con asiduidad. Los gobiernos financian suscripciones nacionales a los informes completos. La población en general, tiene acceso a los resúmenes.

Capítulo 7

El sobrediagnóstico

“Estimada Ana Rosengurtt:

No puedo creer esto. ¿Cómo se atreve un país a imponer el cribado mamográfico? Estoy profundamente conmocionado.”...

Gøtzsche estaba tan sorprendido que incrédulo me pidió el decreto original porque sabía español y quería leerlo por sí mismo. Además me ofreció su ayuda así como la de otros, para lo cual me solicitaba autorización para difundir mi correo. Me daba la razón en cuanto a que la radiación podía inducir cáncer pero me advertía sobre otro riesgo reconocido y documentado: el sobrediagnóstico.

¿Qué es un sobrediagnóstico? Es diagnosticar una "enfermedad" que nunca causará síntomas o la muerte del paciente. No es un error de diagnóstico sino de pronóstico porque la enfermedad puede remitir de forma espontánea sin intervención o progresar con tanta lentitud que no llegue nunca a poner en riesgo la vida de la persona. El sobrediagnóstico es un problema porque convierte a las personas asintomáticas en enfermos y las induce a someterse a tratamientos que podrían causarles daño, en lugar de aportar beneficio a su salud.

Una mujer sana cuya vida nunca estará amenazada por el cáncer de mama, gracias a un sobrediagnóstico se convierte en una sobreviviente convencida de que la mamografía le salvó la vida.

En el caso del cáncer de mama, el sobrediagnóstico está principalmente asociado al diagnóstico de carcinoma ductal in situ (CDIS) o cáncer localizado. Pero también es posible observar cierto grado de remisión espontánea o latencia en el caso de cáncer invasivo.^[5]

Los sobrediagnósticos incrementan artificialmente la incidencia de la patología. La prevalencia y la incidencia son dos medidas de frecuencia de la enfermedad, es decir, miden la frecuencia (el número de casos) con que una enfermedad aparece en una población. La prevalencia es la proporción de la población que padece la enfermedad en un momento determinado. La incidencia refiere a los casos nuevos diagnosticados en un período determinado (generalmente un año). Y la obligatoriedad uruguaya para la detección del cáncer mediante PAP y mamografía, exageran aún más esa incidencia artificial fomentando el sobrediagnóstico.

En el caso de la mamografía, el metaanálisis de Gøtzsche y Olsen había demostrado que eran altas las tasas de sobrediagnósticos y falsos positivos. También había falsos negativos.

Entre las referencias al final de la entrada en la Wikipedia aparecía la de un autor y un libro: “Over-diagnosed. Making people sick in the pursuit of health” de Welch, Schwartz y Woloshin. De Welch había leído comentarios sobre otro libro suyo: “Should I be tested for cancer? Maybe not and here’s why”. Welch era otra referencia que se repetía en la web como Gøtzsche. No existían traducciones al español y decidí comprarlos en inglés en Amazon.^[6]

Le respondí a Gøtzsche enviándole el vínculo al decreto original en el sitio web de la presidencia, aceptando su ayuda y autorizándolo a difundir mi testimonio.

Capítulo 8

Los problemas del cribado

Con Welch aprendí que los chequeos en personas sanas no son recomendables. No es lo mismo contrastar un síntoma con el resultado de un diagnóstico a una persona que consulta especialmente por eso, que valorar una persona asintomática por el resultado de un chequeo, el cual debe ser encasillado en una tabla construida en base a estadísticas de “normalidad”. En el primer caso se investiga la causa de un síntoma y en el segundo se busca una causa sin haber síntomas, por lo que en general se detectan factores de riesgo en vez de patologías.

Puesto que no existen síntomas contra los cuales verificar una hipótesis diagnóstica, un chequeo constituye un experimento y por eso sus resultados no son absolutos sino tan sólo probables.

Una persona asintomática puede ser incorrectamente valorada debido a los defectos de los chequeos (bien conocidos por los médicos en general y por los epidemiólogos en particular) y que son: los falsos positivos, los falsos negativos y los sobrediagnósticos.

El falso positivo de un chequeo o cribado, al ser verificado con una prueba diagnóstica específica, se convierte en negativo. Al falso negativo de un chequeo o cribado, sigue la aparición de un síntoma detectado por la persona, que la lleva a consultar un médico y se convierte en positivo.

Es decir, que un chequeo tiene 5 posibles resultados:

- Probable verdadero negativo
- Probable verdadero positivo
- Probable falso negativo
- Probable falso positivo
- Probable sobrediagnóstico

A mí sólo me interesaría obtener uno de los dos resultados (casi) seguros: probable verdadero positivo o probable verdadero negativo. Si estuviera enferma podría encarar un tratamiento y si estuviera sana me despreocuparía. De modo que de los 5 resultados sólo me sirven 2 de los cuales puedo obtener un beneficio directo. Es evidente que el beneficio de un chequeo me resulta bien pobre (40%) mientras que puede resultarme riesgoso en los otros 3 de los 5 casos (60%).

Los probables falsos positivos, verdaderos positivos y sobrediagnósticos desencadenan acciones médicas. Es decir que en 3 de 5 casos (60%) el chequeo constituiría un método para captar personas sanas y convertirlas en pacientes-clientes de los servicios de salud. Sólo en los dos probables casos negativos (40%) no se generan acciones posteriores.

Diagnosticar una enfermedad a una persona asintomática, implica descubrir algo que no es evidente para ella. Ese algo depende del umbral entre lo normal y lo patológico. Y en cómo se define ese umbral y quién lo hace.

Por ejemplo, en el caso del cáncer de mama, el carcinoma ductal in situ (CDIS) era considerado patológico pero actualmente no existen estándares de diagnóstico

universales para el CDIS en los países desarrollados.^[7] En cambio en el Uruguay del tercer milenio muchos médicos consideran el CDIS como “pre cáncer” y recomiendan tratarlo en la misma forma agresiva que el cáncer invasivo: biopsia y análisis anatómo patológico de la muestra extraída. Sin embargo, el ritmo al que progresa el CDIS a cáncer invasivo es desconocido y mucha evidencia sugiere que ello ocurre en pocos casos. Es decir que en nuestro país el CDIS constituye un sobrediagnóstico sobretratado que fomenta la expansión del ejército de mujeres “sobrevivientes” de cáncer de mama que se convertirán en incondicionales promotoras del paradigma de su detección precoz.

A esto se suma que la valoración de las muestras de biopsias por parte de los patólogos es operador-dependiente y por eso la pericia de esos especialistas también ha sido motivo de análisis rigurosos, con resultados sorprendentes: opiniones divergentes sobre las mismas muestras de tejido mamario puestas a consideración de un grupo de expertos.^[8] Porque esto no se puede evitar, se recomienda realizar la doble lectura de cada mamografía, lo cual eleva los costos.

Welch dice que algunos médicos practican la medicina preventiva con sus pacientes sanos de acuerdo a la edad, como confían su auto (con el que visitan a los enfermos) al mecánico para someterlo al mantenimiento preventivo: según los kilómetros recorridos. En Uruguay, a las mujeres nos someten a PAP cada 3 años a partir de los 21 años y mamografía cada 2 a partir de los 40. El auto es producido en serie, mientras que los humanos somos únicos. Además el auto carece de la capacidad regenerativa y autocurativa del cuerpo humano. La remisión espontánea de la enfermedad es propia de los seres vivos. Por esto no tiene sentido tratar al cuerpo como al auto (porque además los médicos no son mecánicos).

Los profetas de la “medicina preventiva” exageran y atemorizan para sobreintervenir, sobrediagnosticar y sobretratar.

La prevención debe ser una actitud proactiva de autocuidado y autocontrol, esto es, practicar hábitos saludables que preserven la salud individual. Un chequeo es pasivo porque traslada la acción desde la persona al médico, quien buscará rastro de enfermedad. Entonces chequeo no es sinónimo de prevención, porque prevenir significa evitar la enfermedad, mientras que el chequeo presupone la existencia de enfermedad e induce a investigar hasta encontrarla según un patrón de normalidad estadístico.

Organizar la vida para tener salud por la salud es una enfermedad que evita gozar de la vida.

Capítulo 9

¿Por qué ni una demanda?

Había encontrado tantas referencias en la web sobre un libro de Gøtzsche sin traducción al español por lo que supuse que tampoco estaría disponible en Uruguay y decidí comprarlo en inglés. “Mammography screening. Truth, lies and controversy” describe su lucha para defender sus descubrimientos realizados con el máximo rigor y honestidad científicos.^[9]

Gøtzsche sostenía que los falsos positivos y sobrediagnósticos superaban los escasos beneficios obtenidos por el cribado mamográfico que además había provocado un alarmante incremento de las mutilaciones. Es decir, que la mayoría de las mastectomías eran innecesarias: se hacían intervenciones quirúrgicas a una radiografía y no para mejorar la calidad de vida de una mujer asintomática.

Gøtzsche sintetizó el efecto del cribado mamográfico en una sola frase lapidaria: si la mamografía fuera un fármaco la habrían retirado del mercado. ¿Por qué? Porque los fármacos benefician a la mayoría y son inofensivos o perjudican a una minoría. Por ejemplo, un anticonceptivo tiene una tasa de falla ínfima y evita el embarazo a la mayoría de las mujeres que lo usan. En cambio los números de la mamografía son exactamente a la inversa: los efectos adversos (falsos positivos, falsos negativos y sobrediagnósticos) sobrepasan escandalosamente al ínfimo número de mujeres “salvadas” de morir por cáncer de mama gracias al cribado mamográfico. Y el 100% acumula radiación en su cuerpo por el resto de su vida.

La obligatoriedad de la mamografía en Uruguay exagera aún más los falsos positivos y sobrediagnósticos, lo cual fomenta la medicalización de más mujeres sanas. Cualquier abogado podría fundar una demanda para defender a las uruguayas que sometidas a esa imposición, hayan sido víctimas de esos efectos adversos conocidos y documentados en el mundo desarrollado.

Pero también podría ser demandado el Estado por diagnósticos verdaderos de cáncer de mama resultantes del cribado mamográfico. Es que los expertos no pueden distinguir entre un cáncer radioinducido de uno natural. Es indudable que la obligatoriedad uruguaya es una aberración jurídica.

Una vez más me aboqué a investigar en la web la existencia de demandas por la mamografía, no sólo por cáncer radioinducido por ella, sino también por víctimas de falsos positivos, falsos negativos y sobrediagnósticos. Algo debía haber. Y había, pero no lo que yo buscaba.

Encontré la guía europea para el cribado del cáncer. Era del 2003. Describía minuciosamente el protocolo del cribado de tres tipos de cáncer y las técnicas de diagnóstico recomendadas para cada uno de ellos: cuello de útero por citología cérvico-vaginal (PAP), mama por mamografía y colo-rectal por sangre oculta en heces (o fecatest).^[10] Cualquiera de los tres cribados incluía como requisito previo el consentimiento informado. No sólo un estudio invasivo y agresivo como la mamografía sino también algo tan inofensivo como la recolección de heces (desecho naturalmente expulsado por la persona en la privacidad de un baño y sin asistencia de personal de la salud empleando tecnología especial), requerían el consentimiento informado de la persona.

Entonces entendí por qué no encontraba lo que buscaba: por el consentimiento informado se le traslada a la persona la responsabilidad por los posibles daños de cualquier cribado (en términos de falsos positivos, falsos negativos y sobrediagnósticos). Por eso en esos países jamás habrá una demanda de una mujer contra su médico o servicio de salud por haber desarrollado cáncer de mama como consecuencia de la radiación de las mamografías seriadas.

Capítulo 10

Palabra de oncólogo

Era agosto de 2012. En los medios de comunicación había nuevamente un debate por otro tema de salud pública y que involucraba a las mujeres: la vacuna contra el virus del papiloma humano (HPV). El MSP era el centro de una pulseada política porque la oposición exigía la implantación de dicha vacuna en forma obligatoria para todas las niñas uruguayas.

Como la polémica vacuna estaba relacionada con una de las variedades del cáncer (cuello de útero), los medios de comunicación entrevistaron a Tabaré Vázquez. Y él dijo que no se podía imponer sino que debía requerirse el consentimiento informado de los padres de las menores en edad para recibirla. Esto es: los padres debían asumir los riesgos por vacunar a sus hijas pero a las madres no se les permitía decidir sobre sí mismas en el caso de la mamografía. Los padres deciden por las hijas, mientras que el Estado decide por las madres.

El diario El Observador había publicado una columna sobre la vacuna contra el HPV escrita por el mismo Tabaré Vázquez. Esto es: no se trataba de una entrevista en la cual un periodista mediando entre el entrevistado y los lectores, transcribió las declaraciones a su manera. Era exactamente la expresión pura de su autor. Y en ella el oncólogo advertía que *“En 1979 estudios epidemiológicos realizados por Higginson y Muir demostraron que el 80% de todos los cánceres se deben a causas externas evitables. Entre esas causas externas se encuentran el tabaquismo activo y pasivo, el consumo de alcohol, especialmente cuando está asociado al tabaco, la dieta, escasa actividad física, las radiaciones, las exposiciones ocupacionales y las infecciones”*.⁽¹²⁾

Seis años después de haber impuesto a las mujeres una de las causas del 80% de cualquier cáncer por su decreto del 2006, Tabaré Vázquez aportaba conocimiento (vigente desde 1979) que ratificaba mi argumento de que el avance científico no debe ser coartado por una norma jurídica sino que es la libertad de las mujeres la que debe ser preservada por un marco jurídico estable y respetado.

Debemos soportar los efectos dañinos de las radiaciones naturales a las que no podemos escapar, como la de la tierra, la solar y la cósmica. Es imperioso evitar los de las radiaciones generadas por la actividad humana, como las usadas en medicina.

Palabra de oncólogo. -4-

Capítulo 11

Recurso de amparo

Era setiembre de 2012 y mi abogada me había anunciado que no podía seguir mi caso ante el MSP. Fue inesperado, pero las cosas pasan por algo.

Además se había vencido mi carné de salud. Como en años anteriores, en cualquier momento Antel comunicaría por la intranet un plazo para presentar uno nuevo a todos los que estuvieran en falta a determinada fecha.

Mientras tanto seguía el trámite de mi expediente en el MSP por mi cuenta. Localicé a la abogada de la Dirección Notarial y Jurídica del MSP que lo tenía para informar. Le planteé el caso de la Testigo de Jehová de Maldonado que había fallecido luego de negarse a una transfusión y le manifesté mi voluntad de ejercer el mismo derecho que ella pero obviamente sin tanto riesgo dado que yo estaba ahí, por mí misma, sin riesgo de vida ninguno y para obtener un carné de salud que me habilitara a continuar trabajando. Ella me sugirió que interpusiera un recurso de amparo.

Hablé con otra amiga abogada para preguntarle cómo aplicaba eso. Ella me explicó que debía cumplir con los requisitos para obtener el carné y en caso de no ser expedido por el plazo máximo de dos años por algún impedimento, debía exigir que junto con el provisorio me entregaran un documento justificativo de la situación para fundar el recurso de amparo. A partir de la fecha de ambos, tenía 30 días para presentar el recurso de amparo ante el juez.

Obtuve un nuevo carné de salud por tan solo seis meses, por no cumplir la totalidad de los requisitos exigidos. Si antes de ese plazo, presentaba la mamografía, me lo extendían hasta dos años. No fue fácil conseguir a mi segunda abogada a contra reloj para presentar el amparo.

Con Jorge habíamos planificado realizar un viaje al exterior en noviembre. Pero para poder estar presente ante este nuevo proceso que además sería muy breve, desistimos de ese destino. Jorge había cambiado su auto y decidimos disfrutar las vacaciones en nuestro país. Desde Jaureguiberry visitaríamos destinos más lejanos hacia el este en el auto nuevo. Todavía no había turistas, por lo que fue más disfrutable porque además el clima era casi veraniego.

Vía correo electrónico entre Montevideo y Jaureguiberry con mi segunda abogada redactamos el recurso de amparo. Volví a Montevideo a tiempo para firmarlo y que ella lo presentara el último día del plazo: a los 30 días de haberme realizado el carné de salud.

Capítulo 12

España, segundo contacto con el mundo

Aún estando de licencia, continuaba investigando en la web. Así encontré un video de un médico español, Juan Gervas, titulado “Uso y abuso de la prevención. El cribaje del cáncer de mama como ejemplo”⁽¹³⁾ hablando en términos que cualquier persona podía comprender. Otros trabajos suyos también me atraparon. Por uno de ellos llegué a su correo electrónico.

El 15/11/2012 me comunicó mi abogada que el recurso de amparo no había prosperado porque el juez había considerado que había sido presentado fuera de plazo. En realidad había sido presentado el último día. Y en vez de contabilizar los 30 días a partir del día siguiente que obtuve el carné de salud, el juez contabilizó el mismo día como día uno, con lo cual el recurso había sido presentado el día 31 en vez del 30.

El juez había evitado el fondo del asunto y en su sentencia indicó que debía seguir y agotar la vía administrativa ya iniciada. Jorge estaba más destruido que yo y me recordaba que muchos jueces eran masones (como también lo era el autor del decreto que yo había cuestionado con el amparo).

La abogada me aconsejó apelar la sentencia porque habría jurisprudencia a mi favor para revertir el fallo del juez. Disponíamos tan sólo de tres días para eso.

Decidí escribir a Gervas, tal como había hecho meses antes con Gøtzsche. El 18/11/2012 recibí su respuesta, al día siguiente mismo de mi contacto inicial. Tal como había sucedido con Gøtzsche, Gervas se mostraba escandalizado por mi información y me escribió: *“Para serle sincero he tenido que cerciorarme por mí mismo de lo que decía pues me resultó increíble leerlo. Que yo sepa no hay país en el mundo en el que se haya llegado a ese extremo de salud persecutoria”*. Cuando le conté a Jorge la respuesta de Gervas, otra vez me miró entre incrédulo y extasiado.

Además de la mamografía obligatoria, a Gervas le sorprendió el carné de salud. Y se interesó por su protocolo. Le comenté que además del PAP y la mamografía, requería vacunas, un examen de sangre, uno de orina, un examen clínico por un médico general y uno bucal por un odontólogo. Yo suponía que para él, todo eso resultaría familiar. Pero no satisfecho con la respuesta, me inquirió *“¿Cuáles vacunas? ¿Qué investigan en sangre y orina?”*. Sintiéndome incómoda sin entender por qué, le **detallé:**

- vacunas contra tétanos y difteria;
- análisis de sangre: glucosa, colesterol total, creatinina y VDRL (Venereal Disease Research Laboratory) para detectar sífilis;
- análisis de orina: pH, densidad, proteínas, glucosa, cuerpos cetónicos, urobilinógeno, bilirrubina, hemoglobina, leucocitos y nitritos.

Gervas me facilitaba muy generosamente varios trabajos suyos y en conjunto con su esposa la Lic. Mercedes Pérez Fernández. Además me recomendaba acudir a la información divulgada por el Centro Cochrane de Copenhague al frente del cual estaba Gøtzsche. Es decir, que se repetían las referencias y eso me daba seguridad de estar recolectando la información más relevante y contactando a los referentes mundiales

sobre el tema. Además me proporcionó el primer texto científico con crítica sólida a las mamografías de cribado, el cual había sido publicado por The Lancet en 1995.^[11]

También me comunicaba que él y su esposa estaban de vacaciones en Argentina y que en dos semanas estarían en Montevideo para un evento organizado en el salón de actos del Sindicato Médico del Uruguay (SMU) por el Movimiento de Usuarios de Servicios de Salud. Yo no podía creer tanta casualidad de haber encontrado un par de prestigiosos médicos europeos conectados con Uruguay ¡y a punto de visitar Uruguay! Y como Gøtzsche antes, también me solicitaba autorización para difundir al mundo mi demanda junto con mi contacto para recibir apoyos.

Juan Gervas es doctor en Medicina por la Universidad de Valladolid y ha sido docente de esa institución, así como también de la Universidad Autónoma de Madrid, de la Universidad Nacional de Educación a Distancia y de la Universidad Johns Hopkins de EEUU. Ha publicado más de 300 artículos en revistas con revisión por pares.

Mercedes Pérez Fernández es licenciada en Medicina por la Universidad de Valladolid. Fue docente de la Universidad Autónoma de Madrid. Con una beca de IBM participó del desarrollo de la historia clínica electrónica. Ha publicado más de 100 artículos en revistas con revisión por pares.

Gervas y Pérez Fernández se jubilaron en 2010 y desde entonces se han dedicado a la docencia, investigación y divulgación científica.

Le respondí a Gervas que lo autorizaba a difundir todo como lo considerara más apropiado y además le informaba que estaba en contacto con Gøtzsche. Le pregunté exactamente el día, la hora y el lugar en que estaría en mi ciudad, porque quería acercarme a saludarlo. Las cosas pasan por algo y me impuse llegar hasta él para presentarme como un ser real en este mundo virtual e instantáneo que con tan sólo un click nos permitió contactarnos y generar este equipo, alianza o como se quiera denominar.

Le escribí a Gøtzsche que había contactado a Gervas y Pérez Fernández.

Capítulo 13

El código de ética médica

En la prensa de esos días se había anunciado que el domingo 18 de noviembre todos los médicos (que por ley obligatoriamente integran el Colegio Médico del Uruguay) estaban convocados a votar el código de ética médica. Me interesaba sobremedida. ¿Para qué podía servir, además de la constitución, las leyes, los decretos, etc?

Cuando accedí al texto y lo leí me llevé dos sorpresas⁽¹⁴⁾. La primera fue que impone a los médicos la obligación de respetar “*la vida, la dignidad, la autonomía y la libertad de cada ser humano*” y “*la libre decisión del paciente, incluido el rechazo de cualquier procedimiento diagnóstico o terapéutico propuesto, en el marco de las normativas vigentes*”. Tal vez el servicio de salud que me había expedido el carné por seis meses y el MSP no reconocen mi derecho a la autonomía por la inexistencia de un instrumento jurídico especial como este proyecto de ley, que obligue específicamente a los médicos a cumplir nuestro marco jurídico vigente.

La segunda sorpresa fue el artículo siguiente:

31.c- Es éticamente inadmisibles que el médico en ejercicio de un mandato electivo o de una función administrativa, haga valer su posición en beneficio propio.

La presidencia de la república es el mandato electivo por excelencia. Este código vigente desde 2012 no sería aplicable a un presidente mientras hubiera ejercido como médico, por haber firmado un decreto antes de su aprobación, porque no se le podría aplicar en forma retroactiva. El decreto de la mamografía y PAP obligatorios exageran la ocurrencia de sobrediagnósticos de cáncer de mama y de cuello uterino, esto es, generan actos médicos a ser atendidos por la especialidad correspondiente: oncología.

Sin embargo este no es el primer código de ética médica en Uruguay: el del Sindicato Médico del Uruguay (SMU) es de 1995 y era el vigente al momento del decreto del 2006.^[12] El apartado 31.c del nuevo era el 28.4 del anterior.

El lunes 19 yo estaba pendiente del resultado de la votación de los médicos: el 64% de los médicos había aprobado su código, que entre otras cosas, les impone el respeto a leyes vigentes. El próximo paso a dar le correspondía al Poder Ejecutivo y era presentarlo ante el parlamento para ser transformado en ley.

Capítulo 14

Amparo frustrado

La apelación a la sentencia contra mi recurso de amparo tampoco prosperó.

Jorge se desanimaba tanto como yo con estos reveses. Otra vez me recordó que no yo estaba en condiciones de lograr mi objetivo peleando contra el poder en la sombra de la confraternidad masona a la cual adherían muchos jueces uruguayos.⁽¹⁵⁾ Era difícil que me tocara un juez realmente imparcial y libre de compromisos.

La masonería está muy entramada con la historia uruguaya desde la gesta independentista, por lo menos. En 2005 cuando Tabaré Vázquez accedió a la presidencia,⁻⁵⁻ fue público el hecho de que la participación en esa colectividad se había duplicado.⁽¹⁶⁾ Pero yo no estaba dispuesta a dejarme vencer. Así que decidí retomar la vía administrativa. Según mis cálculos, el plazo para presentar la demanda de nulidad contra la denegatoria ficta del MSP ante el Tribunal Contencioso Administrativo (TCA) vencía entre febrero y marzo del año siguiente, 2013. Estaba a tiempo pero no tenía abogado que me representara.

El fracaso en el recurso de amparo a cargo de mi segunda abogada, me inspiraba a buscar otro profesional. ¿Nuevamente una abogada? ¿O sería mejor un abogado?

No sería fácil conseguir a alguien que continuara un caso iniciado por otro. No se me ocurría a quién recurrir para que me aconsejara a alguien. Estaba tan sola en esta lucha que no encontraba salida. Nunca imaginé que a mi próxima abogada la encontraría en la góndola de un supermercado.

Capítulo 15

El apoyo desde España

El 21/11/2012 Gervas me había enviado el reporte de Bleyer y Welch publicado apenas unos días antes en el New England Journal of Medicine, el cual reportaba las conclusiones de tres décadas de cribado mamográfico en Estados Unidos.^[13]

El artículo analiza el efecto que tres décadas (desde 1976 a 2006) de cribado mamográfico en el grupo de mujeres mayores de 40 años ha tenido en la incidencia del cáncer de mama. Se compararon las incidencias del cáncer en sus distintos estadios, antes y después de la implantación del programa de cribado. No se observó una reducción en la incidencia del cáncer en estadio avanzado pero sí un incremento en los estadios iniciales, provocado por el cribado mismo: sobrediagnóstico (casi un tercio de todos los cánceres de mama diagnosticados).

Además se observó que el cribado mamográfico no había sido capaz de detectar los cánceres agresivos e invasivos.

Los autores señalan que la muerte por cáncer de mama ha decrecido en esos treinta años de forma muy importante. Pero advierten que esta reducción ha sido mucho más significativa entre las mujeres menores de 40 años no sometidas al cribado, por lo que debe atribuirse el descenso de la mortalidad en general a la mayor efectividad de las nuevas terapias.

Treinta años de experiencia en la detección precoz del cáncer de mama por mamografía a mujeres sanas es muy relevante. Sin embargo en Uruguay no había referencia ninguna a este informe. Ni un debate entre médicos, ni en la academia, ni entre oficialismo y oposición (como había sucedido con la vacuna contra el HPV).

Este resultado coincidía con la línea de Gøtzsche iniciada 12 años antes en Europa. Ya eran dos voces, una de cada lado del Atlántico, que sin saberlo se levantaban contra lo que Uruguay estaba aplicando compulsivamente como si fuera una gran innovación y un supremo beneficio para las uruguayas.

Gervas me había notificado que en el mundo de la salud pública y de la ética médica, lo de Uruguay había horrorizado a todos. Me explicaba además que el carné de salud mismo era motivo de sorpresa para el resto del mundo, ya que no existe tal cosa fuera del Uruguay. Le pregunté a mi hermano José si en el Reino Unido alguna vez le habían exigido algo así y me contestó con un rotundo no. También me dijo que ni para la licencia de conducir se exige un examen médico y que la misma es vitalicia: ni siquiera hay que recurrir a un médico para renovarla como en Uruguay.

Además Gervas me anunciaba que en diciembre iniciaría una campaña internacional para sensibilizar a las autoridades uruguayas a que reconsideraran la obligatoriedad y actualizaran las políticas sanitarias en función de los últimos avances científicos.

Era muy alentadora tanta acción alineada con mi posición sólo unos días después del fracaso en el recurso de amparo, aunque yo no estaba segura de que alguien de afuera pudiera lograr algo para revertir la situación interna.

Gervas y Pérez Fernández me facilitaron uno de sus trabajos, el cual me resultó impactante por lo instructivo: “Encarnizamiento diagnóstico y terapéutico con las mujeres”.^[14] Allí aprendí que no sólo la mamografía es inútil sino también el PAP para

el cribado del cáncer de cuello de útero, ya que también tiene una alta tasa de falsos positivos. Además “no se cumplen los criterios científicos necesarios para su realización, los criterios propuestos por Wilson y Jungner”.

Esta información era más que inesperada, por lo que decidí investigarla, puesto que entonces el PAP tampoco tiene sentido en el carné de salud uruguayo.

Capítulo 16

Estadísticas sin derecho y experimentos con consentimiento

Durante la época histórica de las enfermedades infecciosas, el enfermo acudía a golpear a la puerta del médico. Pero al pasar a la era de las enfermedades degenerativas como el cáncer cuyo curso es silencioso y destructivo, se invirtió el sentido de la asistencia: en vez de que los enfermos acudieran a los médicos, éstos empezaron a golpear en la puerta de los posibles enfermos, inventando así la “medicina preventiva”.

Para detectar las personas que sin saberlo podían estar cursando una enfermedad degenerativa, apelaron a los cribados poblacionales. Esta actividad corresponde a la epidemiología, la especialidad médica que surgió del estudio de las epidemias de enfermedades infecciosas y de ahí su nombre. Luego los estudios epidemiológicos se extendieron a las enfermedades y problemas de salud en general, analizados mediante diversos métodos, entre los cuales la demografía y la estadística son especialmente importantes. La epidemiología es parte de la salud pública.

En 1968 los ingleses Wilson y Jungner establecieron los criterios que deben reunir la enfermedad, el test y el programa al momento de considerar un cribado poblacional^[15]:

1. La enfermedad ha de ser un importante problema de salud
2. Debe existir un tratamiento aceptado para los pacientes con la enfermedad
3. Los recursos para el diagnóstico y tratamiento deben estar disponibles
4. Debe existir una fase latente o estadio preclínico posible de reconocer
5. Debe existir un test adecuado para examinar el órgano
6. El test ha de ser aceptado por la población a cribar
7. La historia natural de la enfermedad, incluyendo el desarrollo desde fase latente hasta enfermedad declarada, debe ser entendida
8. Debe existir una política acordada de a quién tratar como pacientes
9. El coste de encontrar un caso (incluyendo el diagnóstico y tratamiento de pacientes diagnosticados) debe ser económicamente balanceado con relación al tratamiento total
10. El cribado ha de ser un proceso continuo y no por única vez.

Me sorprendieron los puntos 2 y 6: ambos mencionan la aceptación por parte de las personas. En un caso se trata de que la técnica para detectar la patología deba ser aceptada por el grupo poblacional a cribar y en el otro caso considera la aceptación del tratamiento a aplicar a una persona asintomática luego de diagnosticarle la patología. Es decir que ambos principios reafirmaban el derecho a la autonomía por el consentimiento informado originado en los juicios de Nüremberg, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento, tal como lo establece el artículo 11 de nuestra Ley 18.335.

Ninguna autoridad en base a pura y fría estadística tiene derecho a presumir que una persona pueda padecer una patología y luego deba aceptar un tratamiento que no le “mejore” un estado de salud sin síntomas. Científicamente es imposible encasillar a una persona en una estadística: si hay x% de personas candidatas a presentar una patología, el resto (100-x)% no la presentarán. Cualquiera tiene derecho a que lo consideren en el

segundo grupo y no aceptar cribarse. El cribado involucra a personas sanas y sin síntomas de la patología que se pretende cribar, tal vez sin antecedentes familiares ni personales: son muchas variables que consideradas en cada caso particular, pueden invalidar la generalización estadística aplicada a mansalva a todo un colectivo. Las estadísticas en base a las cuales se establecen las políticas sanitarias, no son sujeto de derecho.

Un cribado es un experimento porque diagnosticar una patología a una persona asintomática es una prueba y por eso sus resultados son probabilísticos. Y desde Nüremberg no se puede realizar sin el consentimiento expreso del participante. La Ley 18.335 adhiere a ese concepto y por eso también impone el consentimiento informado de las personas que participan en un experimento médico.

Y me intrigó el principio 5: “Debe existir un test adecuado”. ¿Cómo se determina que una prueba es adecuada? La mamografía aplicada a mujeres sanas no es adecuada, porque al ser la radiación un agente carcinogénico, lo único que demuestra la mamografía sistemática a mujeres sanas cuando resulta positiva, es que produce cáncer. Es una burla inferir que detecta precozmente lo que provoca, cuando además son indistinguibles un cáncer natural y uno radioinducido.

Empeñada en que había un claro y grueso error (metodológico, conceptual y filosófico) al usar radiación para detectar cáncer, establecí contacto con otra celebridad mundial de habla hispana.

Capítulo 17

Canadá, tercer contacto con el mundo

Había encontrado un concepto: cánceres de intervalo. Son los que aparecen entre dos tests de screening: entre dos PAPs, entre dos fecatest, entre dos mamografías. ¿Y qué otra cosa que no sea cáncer es esperable descubrir entre dos estudios que usan radiación?

Sobre los cánceres de intervalo entre mamografías específicamente, el sitio web del National Cancer Institute de Estados Unidos dice así: “Los cánceres de mama que se descubren en el periodo que transcurre entre mamografías de rutina, los cuales son conocidos como cánceres de intervalo, tienen más probabilidad de tener características agresivas y un peor pronóstico, que los cánceres que se descubren mediante mamografías ocasionales. Estas características de alto riesgo incluyen estadios y grados más avanzados”.^[17] Remite al resultado de una investigación realizada en Canadá.^[16]

Esto reafirmaba mi hipótesis de que la mamografía sistemática en mujeres asintomáticas puede producir el cáncer que pretende “detectar”: algo realmente irónico.

Investigando sobre filosofía de la ciencia y medicina, descubrí el libro “Filosofía para médicos” del físico y filósofo argentino Mario Bunge. Nacido en Argentina en 1919, se graduó con un PhD en ciencias físico matemáticas en 1952. Es ciudadano canadiense y desde 1966 es profesor en la Universidad McGill de Montreal, donde encontré su correo electrónico. En esa institución fundó la Sociedad para la Filosofía Exacta en 1976, la cual es famosa por promover métodos más exactos en todos los modos de investigación

Decidí contactarlo para plantearle mi cuestionamiento sobre el método de usar un agente para detectar un efecto que él produce. Le escribí en términos filosóficos, mediante un silogismo:

1. la acumulación de radiación por radiografías puede inducir cáncer
2. una mamografía equivale a varias radiografías de tórax
3. la acumulación de radiación por mamografías seguramente induzca cáncer.

Bunge me respondió cuatro días después. Jorge no salía de su asombro del éxito de mis contactos.

Para mi satisfacción, Bunge se mostraba totalmente afín a mi posición, aunque admitía no poder ayudarme ya que su información era de segunda mano (no producida por él). Me adjuntaba el mismo trabajo de los estadounidenses Bleyer y Welch que me había facilitado Gérvas (con las conclusiones de tres décadas de cribado mamográfico), así como también me remitía a la bibliografía que ya había leído de Welch.

Compré la versión digital de su libro “Filosofía para médicos”. Si bien me resultó muy interesante, tal como él había advertido, no encontré respuesta a mi cuestionamiento.^[17]

Así llegó el fin del año 2012, sin que hubiera podido resolver cómo seguir el proceso formal para obtener la exoneración de la mamografía en mi carné de salud laboral.

Capítulo 18

La abogada que merecía

Como todos los años, Jorge, la gata y yo nos habíamos mudado en enero para disfrutar tres semanas de vacaciones estivales en Jaureguiberry. Un día, haciendo las compras domésticas en un supermercado grande de Atlántida, nos encontramos con una persona del conocimiento de Jorge: quien fuera la abogada de su divorcio. Ella descansaba en Parque del Plata con su familia durante el receso estival de la justicia.

Jorge nos presentó y brevemente le explicó que yo estaba necesitando de un asesoramiento letrado para un caso ante el MSP. Acordamos que yo le enviaría por correo electrónico los antecedentes y el estado de todo el caso a encarar por ella como continuadora del trabajo previo de las dos colegas que la habían antecedido.

Nuevamente el MSP protagonizaba un escándalo mediático: el ministro (del cual dependía la respuesta a mi petición) era chileno y estaba inhabilitado para ocupar ese puesto por no haber cumplido con la reglamentación vigente para obtener la ciudadanía. Comenzaron las presiones de la oposición para forzar su destitución.

De regreso en Montevideo a las actividades habituales, fui personalmente al MSP para saber de mi expediente y descubrí que había vuelto a la DISAO, donde la Dra. Carmen Ciganda reiteró en otro informe que de no hacerme la mamografía no perjudicaba al colectivo de las trabajadoras. Esta vez agregó algo más: recomendaba a título personal que se accediera a mi solicitud de exonerarme de la misma.

Luego había sido derivado al comité de bioética del MSP, donde permanecía para ser informado.

La abogada del divorcio de Jorge, me anunciaba su regreso a Montevideo y sugería una fecha para reunirnos. Es decir, que ya tenía abogada: la Dra. Mónica Cardoso Díaz. Actualmente es Secretaria General de la Biblioteca Nacional y Secretaria Ejecutiva del Consejo de Derechos de Autor. Había trabajado para organizaciones de mujeres y en políticas de género⁻⁶⁻. Es decir: me patrocinaría una experta en temas de género.

El apoyo que recibí de Mónica jamás lo habría obtenido de otro abogado. Ella no se limitó a brindarme su apoyo profesional, sino que me alentó a hacer conocer mi causa. Me asesoró en todas las cartas que escribí y que los medios de comunicación publicarían.

El proceso a encarar con Mónica era iniciar la demanda al MSP ante el Tribunal de lo Contencioso Administrativo (TCA) por no responder mi petición.

Capítulo 19

Radiactivas desde la dictadura

El 16/1/2013 había encontrado en la web el artículo “¿Ha llegado el momento de parar el screening del cáncer de mama?”⁽¹⁸⁾ Al pie había un comentario que advertía sobre la activación por radiación de los oncogenes. Le escribí a Gervas para saber si existía algún estudio que evidenciara eso. Me facilitó un trabajo publicado en el British Medical Journal apenas cuatro meses atrás, el cual reportaba que las mujeres portadoras de las mutaciones BRCA1/2 sometidas a radiación diagnóstica en el tórax antes de los 30 años, eran propensas a desarrollar cáncer de mama después de los 40 por la radiación de la mamografía.^[18]

En el Uruguay de la dictadura militar entre 1973 y 1985, habíamos recibido sistemáticamente radiación diagnóstica en el tórax con la abreugrafía, como parte de la política de higienización y sanitización compulsivas, propias de la militarización. Esa radiografía había sido obligatoria en el carné de salud estudiantil que nos era exigido en la universidad intervenida por los militares, para inscribirnos a cursos y exámenes. Se tramitaba anualmente ante la División Universitaria de la Salud (DUS). Yo no pude olvidarme de eso porque a diferencia de todas las demás carreras que tenían un régimen de cursos anuales (con exámenes durante el verano), la mía tenía un régimen semestral (con exámenes en invierno y verano): el doble de oportunidades que a todos los demás me había sido exigida la exhibición de aquel documento en regla.

Por lo tanto esa radiación obligatoria la habíamos recibido antes de los 30 años de edad como estudiantes universitarias.

En la democracia del tercer milenio, uruguayas que desconocen su carga genética y que habiendo sido irradiadas inútilmente para el cribado de la tuberculosis, al ser sometidas nuevamente a radiación periódica para el cribado del cáncer de mama están expuestas a desarrollarlo por efecto del propio test cuya dosis de radiación se acumula a toda la recibida antes. En definitiva, la mamografía puede producir cáncer de mama. Como es habitual concluir la demostración de una hipótesis matemática: LQQD, esto es, ¡lo que quería demostrar!

Capítulo 20

Campaña internacional y primer contacto nacional

El 19/2/2013, a un año de presentada mi petición ante el ministro de Salud Pública y sin haber obtenido respuesta, éste había renunciado debido a su nacionalidad extranjera y por no haber completado los trámites de ciudadanía. Fue designada en su lugar la Dra. Susana Muñiz.

Tres días después presenté la demanda contra el MSP ante el TCA patrocinada por Mónica. Fue identificada como 056/2013.

Gérvas había comenzado su campaña internacional de concientización sobre la situación de Uruguay con un texto que había enviado a varios políticos uruguayos, a una lista de médicos de familia españoles, de otros países hispanohablantes, brasileños, de otros países de América como Canadá y otros países anglosajones. La noticia de la mamografía obligatoria en Uruguay estaba también en las redes sociales Facebook, LinkedIn y Twitter.

Gérvas me avisó que uno de sus contactos, el médico uruguayo Dr. Miguel Pizzanelli, se había hecho eco de esto a través de su blog “Están cambiando los tiempos”.⁽¹⁹⁾ Era el primer médico uruguayo en manifestar públicamente una posición contraria a la oficialista pro mamografía.

Ese mismo día decidí contactar a Pizzanelli. Con su respuesta se inició una relación muy fluida, aunque también por correo electrónico. Es que él reside en el departamento de Florida, ubicado en el centro de Uruguay. Allí es médico de familia y comunidad, gestor en el primer nivel de atención de ASSE, además de integrar un par de equipos de investigación. Habíamos estado cerca ya que el sábado que yo me había acercado hasta el salón de actos del SMU para saludar a Gérvas, él estaba ahí. Es que él había organizado ese evento por la Sociedad de Medicina Familiar y Comunitaria de la cual forma parte.

Desde España había contactado al primer médico uruguayo que me apoyaría en mi propio país.

Capítulo 21

Los mamógrafos en Uruguay

Había encontrado un documento muy relevante en el mismísimo sitio web del MSP. Su autora era la Dra. Rosario Berterretche y constituía la tesis de su posgrado en epidemiología por la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. El documento de 190 páginas se titulaba “Análisis del equipamiento médico instalado para la detección precoz del cáncer de mama en Uruguay, 2008”.^[19]

El resumen en la página 3 y de apenas una hoja de extensión, me indujo a leerlo todo. No tenía desperdicio. Revelaba que había 62 mamógrafos en el país (22 en Montevideo, 40 en el interior) en condiciones inciertas para un uso seguro y resultados confiables. Además presentaba como conclusión que "La reducción de la mortalidad en los períodos considerados fue de 6,09% aunque no se encontró asociación con la cobertura en mamografía". Esta sola frase es lapidaria porque la reducción de la mortalidad es la medida de la efectividad de un cribado poblacional. Y en este estudio nacional se concluía que el del cáncer de mama mediante mamografía era inútil por no cumplir el objetivo de reducir la mortalidad por esa patología: la mortalidad se habría reducido aún sin haber realizado una sola mamografía.

Es sorprendente por lo contradictorio que el MSP publique este resultado en su sitio web y al mismo tiempo sea tan implacable en el control del cumplimiento de la mamografía en el carné de salud.

La fuente de información sobre la reducción de la mortalidad por cáncer de mama en Uruguay es la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer (CHLCC). Se verifica una tendencia sostenida a la baja desde el año 1990.⁽²⁰⁾ Se puede apreciar que la mamografía obligatoria desde 2006 no ha contribuido a descenderla aún más.

En 2008 estaba en plena vigencia el decreto 571/006 que había impuesto la mamografía en el carné de salud laboral. Sin embargo ni el equipamiento ni los técnicos estaban preparados para brindar un servicio seguro y eficiente. Resumo algunos datos relevados por Berterretche sobre los 62 mamógrafos uruguayos al 2008:

- había equipos de 0 a 48 años de uso, con un promedio de edad de 14,5 años
- sólo 2 tenían la garantía vigente (3,4%)
- el 20% estaban habilitados por el MSP
- el 30% tenían contrato de servicio técnico
- el 66% tenían mantenimiento correctivo
- el 67% tenían mantenimiento preventivo
- el 76% estaban habilitados por la ARNR

Esta situación de los mamógrafos en servicio es muy sorprendente: no hay dos números iguales. Parece un cartón de bingo. Someterse a un mamógrafo en Uruguay es como confiar en un fármaco vencido.

Dice Berterretche:

“Muchas veces tecnología obsoleta en países desarrollados es vendida a los países de América Latina, en condiciones que sabemos no son seguras (y muchas veces

ni siquiera son útiles) para los países receptores. Existe acuerdo en considerar que los equipos de más de 10 años son obsoletos y hay que considerar el recambio. En nuestro país el 53,2% de los mamógrafos tienen más de 10 años y el promedio nacional de edad de los equipos es de 14.5 años.

A mayor cantidad de mamografías realizadas por mes, menor es la tasa de falla. A partir de 300 mamografías por mes, la tasa de falla es menor al 10%, mientras que para los mamógrafos que realizan menos de 50 mamografías mensuales, el porcentaje de falla es del 26%. En Montevideo, 16 de los 22 mamógrafos hacen más de 300 mamografías mensuales y en el interior, 5 de los 40”.

Este último párrafo me despertó un recuerdo en la memoria para reconocermelo como víctima de una falla ese mismo año, 2008, con motivo de la mamografía que me había realizado en la Clínica de Imágenes Dres. Parada (CIP).

Capítulo 22

Nuligesta y madre a los 47 años

En julio de 2008 había concurrido a realizarme la segunda mamografía de mi vida. El objetivo era únicamente cumplir el requisito para obtener el carné de salud laboral. Yo carecía de síntomas, antecedentes y factores de riesgo de cáncer de mama, así como de interés personal.

En el mismo lugar y momento, luego de realizada la mamografía por un técnico, una doctora me realizó una ecografía. Siendo la ecografía menos dañina que la mamografía, ¿por qué no a la inversa: ecografía y mamografía? Y si además la ecografía es más precisa que la mamografía, ¿por qué no utilizarla como prueba del cribado para el cáncer de mama?

Mientras me pintaba con gel y me escaneaba con el puntero, me interrogó con las preguntas habituales: ¿tuvo hijos? ¿Cuántos? ¿Cuántos vivos? ¿Parto o cesárea? ¿Los amamantó? ¿Qué método anticonceptivo usa para evitar un embarazo?

Una vez finalizado el estudio, me indicó que aguardara unos minutos en la sala de espera. Era temprano en la mañana. Apenas me entregaron el resultado en un sobre cerrado, salí corriendo para llegar en hora a trabajar. A pesar de conocer mi derecho a un día al año de licencia paga para la realización de los chequeos génito mamarios, me resistía a usufructuarlo porque no estaba dispuesta a exponer mi privacidad en mi contexto laboral con la presentación del certificado médico para justificar la ausencia con ese fin.⁽²¹⁾

Al llegar a mi casa por la noche, abrí el sobre. No pude haber hecho algo mejor. En su interior encontré las placas radiográficas y el informe. Impaciente no leí el cabezal sino que directamente apunté la vista al párrafo final que informaba el resultado: “*Mamas de moderada radiodensidad habituales en una nuligesta...*” y me detuve porque “nuligesta” no se leía nada bien. Asalté la web para descubrir que eso identifica “*condición de la mujer que nunca se ha embarazado*”.

Yo no podía creer que luego del exhaustivo interrogatorio sobre mi maternidad, la doctora hubiera concluido ese concepto totalmente ajeno a mí. Deduje que ese resultado era de otra mujer y me dispuse a releerlo despacio desde el canto superior de la hoja. Esperaba encontrar otro nombre pero estaba el mío. Y donde detallaba la edad, decía “8 años” en vez de 47 que era mi edad a ese momento. Entonces miré las placas que acompañaban el informe y no entendía cómo podían corresponder a una niña de 8 años: a esa edad, sólo de las nalgas me habrían podido tomar esas fotos. Repasé mentalmente todo el tiempo que había permanecido en la clínica y no recordaba haber visto niñas ni adolescentes esperando junto conmigo. Volvía a mirar las placas mientras Jorge me hacía bromas: “¿Qué más quieres a los 47 años que un médico te diga que estás como a los 8?”.

No podía presentarme con ese resultado al ginecólogo ni tampoco al carné de salud. Debía obtener su rectificación. Pero antes de eso, lo escaneé.

A la mañana siguiente antes de ir a trabajar, paré en la CIP a exigir un informe adecuado. Me dijeron que el error en la edad había sido del “sistema”. Me tuve que contener para no defender un ente inanimado de la soberbia humana: la culpa no es del computador sino del que le pega al teclado.⁻⁷⁻

Les hice notar que el error en la edad había inducido a la doctora a una evaluación incompatible con mi condición. Me explicaron que sólo la misma doctora podía realizar un nuevo informe y que para eso debía volver en tres semanas porque se había ido de vacaciones. Yo no estaba apurada porque muy responsablemente había empezado con las visitas de rigor mucho antes del vencimiento del carné que todavía tenía vigente. Además Antel aún no había empezado a controlar automáticamente el vencimiento del carné de salud registrado en el sistema de personal como lo hace actualmente.

Tuve que cancelar la cita con el ginecólogo y esperar que la doctora se reintegrara. Cuando tres semanas más tarde la pude ubicar y le expliqué por qué volvía, verificó el contenido del sobre que ella misma me había entregado, se excusó del error y me dijo que esperara unos minutos. Le pregunté si debía irradiarme nuevamente y sin mirarme a los ojos me dijo que no era necesario porque recordaba perfectamente mi caso. Me sonó falso pero yo no estaba dispuesta a someterme nuevamente a radiación por un error de ella y sin necesidad de mi parte. Simplemente debía cumplir un requisito para poder trabajar. Sólo necesitaba un documento coherente para un trámite personal.

Tampoco me reiteró la ecografía. Unos minutos después salí con un informe nuevo que era apenas diferente del anterior. Después de aquella experiencia, siempre que me entregaron un resultado en sobre cerrado, lo abrí en el lugar antes de retirarme.

Le pasé a Mónica el trabajo de Berterretche porque me parecía que todo su contenido nos sería muy útil como prueba de la demanda. Además era divulgado por la autoridad sanitaria: el MSP.

¿Cómo era posible que siendo obligatoria una técnica diagnóstica no efectiva ni inocua, no se asegurara su realización con equipamiento en condiciones mínimas? Obligarnos a someternos a radiación en condiciones inseguras era inaceptable, casi criminal. Y los profesionales sin experiencia como la que me había tocado justo a mí, revelaba la inexistencia más absoluta de control.

El informe de CIP como si tuviera 8 años, era una prueba de la tasa de fallas que Berterretche señalaba en la interpretación de una mamografía. Es que la lectura de una mamografía también es operador-dependiente. Si la mía hubiera sido sometida a la doble lectura que ella mencionaba como forma de minimizar los errores, jamás habría salido de CIP un mamarracho como ese.

Decidí agregarlo como prueba ante el TCA. Mónica estuvo de acuerdo. Además me propuso solicitar la actualización de toda la información sobre los mamógrafos a los organismos implicados por la normativa vigente.

Capítulo 23

Reino Unido, primer reportaje internacional

Gérvas me había consultado si podía proporcionar mis datos al British Medical Journal (BMJ), revista médica de la cual es asesor editorial por atención primaria. Lo autoricé a hacerlo pero sin muchas expectativas de que mi situación pudiera resultar interesante a ese prestigioso medio del cual había obtenido tanta información relevante.

Con Mónica estábamos ordenando toda la información a presentar como prueba de la demanda contra el MSP. Para reforzar el reporte sobre las portadoras de las mutaciones BRCA1/2 que habiendo sido sistemáticamente irradiadas en el tórax antes de los 30, podían desarrollar cáncer por la radiación de la mamografía después de los 40, me dispuse a buscar el carné de salud estudiantil que en algún lugar conservaba. Era una libreta de tapas de cartón (rosadas para nosotras, celestes para los varones) con hojas de papel en blanco donde se registraban las fechas de las radiografías de tórax y la medición de la reacción cutánea por la aplicación del reactivo de Shick⁻⁸⁻. No lo encontré. También investigué en la web buscando información sobre eso pero tampoco encontré. Entonces Mónica me tranquilizó: esa información se la requeriría a la Universidad de la República por intermedio del TCA.

Decidimos presentar testigos para dar cuenta de esto con mayor propiedad. A la primera que consulté fue a una ex compañera de estudio que además es compañera de trabajo en Antel. Al día siguiente me contestó que aceptaba. Intenté con más gente pero nadie de mi entorno se acordaba de nada de aquellos años. Le comenté a Mónica que tenía una testigo y me desanimó: se pueden presentar hasta tres y con una sola haríamos el ridículo. ¿Dónde reclutaba más viejas como yo, que recordaran el carné de salud estudiantil, que no hubieran sucumbido ante la campaña publicitaria de terror al cáncer de mama y que me apoyaran ante la justicia con su testimonio?

En el MSP debido al cambio de ministro, varios cargos de confianza habían sido removidos, estaban pendientes de las nuevas designaciones y no había quién decidiera sobre mi petición.

El 28/2/2013 la bandeja de entrada me deparó una sorpresa: me contactaba la periodista Sophie Arie del BMJ para mantener una entrevista telefónica. Apenas le envié mi número de teléfono móvil, me llamó. Luego de la conversación, intercambiamos varios correos electrónicos con preguntas de ella para ampliar la entrevista, con contactos y fuentes. Ella buscaba información para presentar la situación a un público especial que no conocía nada de Uruguay.

Segunda parte

Introducción

Mi hermano José me había sugerido impulsar una campaña de adhesiones a mi causa en un portal de internet donde él había apoyado muchas de sus iniciativas y hasta con alguna donación porque *“las cosas que promueven en general valen la pena”*. Así llegué a AVAAZ.

Con la ayuda de Gervas y Mónica redacté el manifiesto de la campaña. Mi idea era lanzarla el 8 de marzo, que en Uruguay se celebra el día internacional de la mujer. Estaba dirigida a la flamante ministra de Salud Pública (uruguaya designada en sustitución del chileno Venegas), ante quien yo estaba dispuesta a solicitar una entrevista y presentarle las firmas.

La página me proporcionaba un espacio para subir una imagen. No lo tenía previsto. No sabía qué subir. Obtener una imagen de la web, podía generarme problemas con sus derechos de autor. Pensé en subir una foto producida por mí, pero apenas empecé a revisar cientos de fotos, descarté esa opción porque ninguna serviría. No quería desaprovechar el esquema propuesto por AVAAZ. Entonces se me ocurrió algo bien simple: busqué entre millones de imágenes de la web un símbolo de la radiación, uno de “prohibido” y los compuse en una imagen que identificó la campaña “Mamografía obligatoria en URUGUAY: un problema científico y un abuso ético”.

El 6/3/2013 quedó publicada la campaña en AVAAZ para exigir el respeto a la Ley 18.335 que estableció en Uruguay la autonomía de las personas respecto de los médicos (y servicios de salud) y en consecuencia la abolición del decreto que nos impone a las trabajadoras uruguayas la mamografía cada dos años en el carné de salud. Ese mismo día recolecté las cinco primeras firmas entre Mónica, José, Jorge y mis hijos. El portal muestra constantemente las cuatro últimas firmas en orden de llegada, mientras un contador informa el total hasta el momento y convoca a llegar a un tope, que inicialmente yo había fijado en 50. Avisé a Gervas y Pérez Fernández, quienes firmaron y comenzaron a divulgar entre sus contactos. Empezaron a llegar firmas desde España, Argentina, Brasil y otros países. Las firmas uruguayas demoraron en llegar.

Al día siguiente a última hora despaché un correo electrónico a mis contactos para dar por lanzada la campaña al día siguiente, día internacional de la mujer.

Diario

8/3/2013: 50 firmas en AVAAZ.

Con Jorge habíamos acordado que yo no me expondría en los medios de comunicación y no quería fallarle. Es que ambos teníamos bien presente el caso de la familia Borgogno-Arce, el cual generó un debate que sensibilizó al país y recorrió el mundo.

Los Borgogno-Arce eran una familia oriunda del departamento de Colonia. Juan Carlos y Susana eran padres de Maite, Nahuel, Ayelén, Nohelí y Yasimara.⁽²²⁾

Maite, Nahuel y Ayelén habían presentado reacciones adversas a la vacunación y a la ingesta de huevos o carnes. El médico tratante especialista en alergias, había planteado a la familia que se trataba de un problema genético y que seguramente se repetiría en todos sus hijos. Había diagnosticado hipersensibilidad congénita a las proteínas y otros componentes de las vacunas e indicado prescindir de las mismas, así como de otros medicamentos que poseyeran los mismos elementos.

En 1989 Maite y Nahuel ingresaron a la escuela pública y en 1994 fueron expulsados de ella tras la denuncia de su directora que derivó en una resolución de las autoridades de la educación.

En 1997 el MSP ordenó la vacunación compulsiva de los hermanos Borgogno-Arce. Para evitarla, la familia decidió exiliarse en Argentina, de donde retornaron en 1999 con documentación argentina.

En 2005 la familia solicitó asilo en la embajada argentina. El Instituto Pasteur los apoyó y entonces el MSP aceptó el canje de certificados médicos de los profesionales tratantes por los certificados de vacunaciones. Las autoridades de la educación también acataron y permitieron que los menores tuvieran acceso a la educación.

Si bien su historia terminó con un final feliz, en pleno estado de derecho la familia entera sufrió discriminación y persecución hasta el exilio, mientras durante todos esos años fueron expuestos ante la opinión pública como unos primitivos practicantes del naturismo y sus niños condenados a la muerte civil, al ser impedidos de ejercer sus derechos, como el de la educación.

Los Borgogno-Arce no eran naturistas sino que simplemente se negaban a vacunar a sus hijos siguiendo estrictamente las indicaciones recibidas de los médicos que habían diagnosticado una patología a sus hijos. Estaban habilitados por la normativa vigente (Ley 15.272 y Ordenanza 939) que admite la no vacunación por motivos de salud pero su derecho no había sido respetado en democracia.

Jorge y yo teníamos tan presente esa dramática historia contemporánea a nuestra experiencia con nuestros propios hijos, que queríamos evitar que mi negativa a la mamografía y lucha en solitario para defender mis derechos individuales, trascendiera hasta impactarme negativamente como les había sucedido a ellos. Por eso acepté su sensata insistencia para preservar mi identidad. Esta es la razón por la cual me presentaba sólo con mis iniciales en la campaña de AVAAZ.

El tope de firmas que inicialmente había fijado en 50, debí levantarlo a 100 y luego a 200. Las firmas llegaban mayormente de España, Argentina y Brasil. Ninguna de Uruguay.

9/3/2013: 110 firmas en AVAAZ.

Una amiga con implantes mamarios estéticos me hizo pensar que en ese universo de mujeres, la situación podía ser distinta y más preocupante para ellas. Y escribí a Gervas y Pérez Fernández nuevamente para que me facilitaran información sobre el cribado del cáncer de mama en esos casos.

Inmediatamente me aportaron abundante material. En general, los implantes son un problema porque opacan la imagen y se debe aplicar mayor dosis de radiación para obtener un resultado interpretable.

Pero la información más significativa era una referencia de Australia: en Queensland, a las mujeres invitadas a un cribado mamográfico les exigen el consentimiento informado pero a las que manifiestan portar implantes estéticos, les exigen un segundo consentimiento informado.^[20] Vale decir, que en los países desarrollados, en todos los casos les traspasan a las mujeres la responsabilidad por los riesgos que puedan sobrevenirles.

Si el consentimiento informado es la antípoda de la obligatoriedad, el segundo consentimiento es extraterrestre para la realidad uruguaya.

11/3/2013: 110 firmas en AVAAZ.

La adhesión en AVAAZ avanzaba muy lentamente. La mayoría de las firmas provenían de Europa gracias a la difusión de Gervas. Yo aspiraba a convocar las uruguayas.

Mis hijos, que a partir de ella se habían entusiasmado con mi lucha, se preocuparon por la falta de apoyo y me ayudaron a armar un texto más provocativo con el cual convocar a firmar. Así surgió el folleto “Sabías que...”⁽²³⁾ Era un conciso texto de una página con el sólo objetivo de llamar la atención de las personas, así como provocar a las que se interesaran por la lectura del manifiesto en AVAAZ y ampliaran la información aportada en él, leyendo sus referencias al pie.

13/3/2013: 140 firmas en AVAAZ.

Había contactado a un amigo quien transmitió mi consulta sobre la pertinencia de la obligatoriedad de la mamografía a un senador integrante de la comisión de Salud del Senado y ex ministro de Salud Pública. Para eso le hice llegar la información más reciente sobre la controversia de la mamografía en los países desarrollados y sobre mi demanda ante el MSP.

14/3/2013: 158 firmas en AVAAZ.

En Antel había sido seleccionada para matricularme en la especialización en seguridad informática impartida por el centro de posgrados de la Facultad de Ingeniería de la Universidad de la República. El diploma suponía varios cursos a ser completados en dos años y Antel nos financiaba parte de su costo. Las clases serían dictadas fuera del horario laboral y se extenderían hasta tarde en la noche. Además debía trasladarme desde mi lugar habitual de trabajo hasta el complejo principal de Antel, donde se ubica el centro de capacitación, alejándome aún más de mi hogar.

Dicho complejo está ubicado en una zona de Montevideo que por la noche es insegura, con poco tránsito, malos servicios de locomoción, casi tenebrosa. Hace unos

años una mujer había sido encontrada muerta (desangrada por empalamiento) en una volqueta cerca del complejo de Antel. La jueza a cargo de ese caso había solicitado las grabaciones de una de las cámaras de vigilancia de la torre de Antel, que “barría” la calle donde se encontraba la volqueta en la que fue encontrado el cadáver. Nunca se aclaró el hecho y nos condicionó a todos contra ese lugar.

15/3/2013: 158 firmas en AVAAZ.

Una vez más buscando información sobre los efectos de la radiación, esta vez me sorprendí al encontrar algo en mi propio país: una ley aprobada apenas dos meses atrás y que me resultaría fundamental para la demanda contra el MSP. Se trataba de la ley 19.056 de seguridad y protección radiológicas de personas, bienes y medioambiente⁽²⁴⁾. La misma había designado a la ARNR como la autoridad para controlar y habilitar el equipamiento médico que utiliza radiación ionizante.

Si la radiación se mereció esta ley en el marco jurídico uruguayo es porque decididamente no es inocua y ningún estudio basado en ella debe ser obligatorio.

Con Mónica habíamos empezado a confeccionar la lista de documentos para incluir en la prueba de la demanda. Además decidimos solicitar información por oficio a la Universidad de la República (sobre la radiografía de tórax obligatoria para el carné de salud estudiantil durante la dictadura), al Programa Nacional Contra el Cáncer (PRONACCAN), MSP y ARNR (la información actualizada sobre los mamógrafos). Entre el MSP y la ARNR queríamos intentar hacer una conciliación entre los equipos registrados por uno y habilitados por el otro.

16/3/2013: 158 firmas en AVAAZ.

Había recibido de mi amigo vinculado con el ex ministro de Salud Pública una respuesta sorprendente. Sus correligionarios habían consultado a alguien con un evidente conflicto de interés sobre el asunto: el Dr. José H. Leborgne.

Un conflicto de interés en el ejercicio de la medicina se origina cuando el juicio profesional en relación a su interés primario (el bienestar del paciente para el clínico o la obtención de conocimiento para el investigador) resulta influenciado indebidamente por un interés secundario (un provecho económico o un afán de notoriedad, respectivamente) que influyen en la toma de decisiones.

Leborgne es un oncólogo de estirpe: basta consultar la web para zambullirse en un universo infinito de referencias sobre su padre Félix, su hermano Félix y su tío Raúl.

Apenas investido Tabaré Vázquez como presidente, las nuevas autoridades sanitarias no habían renovado el contrato de Leborgne del cargo que ocupaba en el hospital público Pereira Rossell (hospital pediátrico y de la mujer). La ministra fue citada por la comisión de salud del Parlamento para informar las razones de dicha “destitución”.⁽²⁵⁾

Según el diputado Jorge Gandini del Partido Nacional *“Este es un capítulo más en la lucha de los empresariados médicos por el posicionamiento comercial en el sector de la tecnología médica. Y en el acceso a clientes en el ámbito público y privado en condiciones de exclusividad y si es posible monopólicas. Una embestida del Grupo Vázquez por quedarse con el mercado. Se inscribe dentro de esto el contrato que su clínica (COR) tiene con el Centro de Asistencia del Sindicato Médico de Uruguay, con*

la Asociación Española y se circunscribe conjuntamente con la ubicación de sus socios o profesionales de su confianza en puestos claves. Leborgne es su competidor y fue víctima de esa lucha por el poder económico”.⁽²⁶⁾

La consulta a Leborgne me reportó un informe que defendía el invento de sus ancestros, fuente de ingresos para su clínica en la actualidad y en definitiva su medio de vida. Es decir, que su opinión no era objetiva ni imparcial. Y en defensa de la mamografía, desacreditaba a investigadores prestigiosos que careciendo de conflictos de interés, seriamente se dedican a estudiar con verdadero rigor científico.

18/3/2013: 158 firmas en AVAAZ.

El TCA había aceptado mi demanda y estaba notificando al MSP. Eso era todo un reconocimiento para mí y un hito en esta historia.

20/3/2013: 158 firmas en AVAAZ.

Desde el 28/2 había estado en contacto casi diario con Arie por correo electrónico.

Como Gervas, ella también se había mostrado intrigada por el carné de salud uruguayo. Pero se interesó por las consecuencias de rechazar la mamografía, debido al no cumplimiento de todos los requisitos necesarios para obtenerlo. Le expliqué que de pasar todos los chequeos, se otorga por una validez de dos años, pero en caso contrario, se expide uno provisorio por seis meses, plazo otorgado para justificar por el médico tratante el problema detectado, en cuyo caso se extiende 18 meses (hasta el máximo de los dos años). En mi caso, por no presentar la mamografía, se me expide por seis meses. Si antes de ese tiempo cumpliera con presentarla, me lo extenderían hasta los dos años.

Desde mi teléfono móvil intentaba estar pendiente del correo electrónico con motivo del intercambio que yo misma había iniciado con los europeos. El modelo que usaba era bastante primitivo y empecé a investigar para cambiarlo por uno que me permitiera estar pendiente también de las firmas en AVAAZ.

21/3/2013: 158 firmas en AVAAZ.

Pizzanelli me había sorprendido enviándome el artículo de Arie publicado ese día por el BMJ.^[21] Entré al sitio web y en su portal encontré el titular que lo anunciaba. Esto haría historia. Hice una imagen de la portada del BMJ con el avance del artículo sobre Uruguay.

Respetando mi voluntad de preservar mi identidad, Arie me había identificado por mis iniciales. Presentaba una síntesis perfecta de todo lo que habíamos hablado por el teléfono móvil e intercambiado por correo.

Además dejó en evidencia el conflicto de interés que implicaba que un presidente oncólogo hubiera decretado la obligatoriedad de una prueba de cribado que promovía el aumento de la incidencia de patologías que atiende su especialidad. Al final declaraba haber intentado localizar sin éxito a Tabaré Vázquez para contrastar mi versión de la situación.

Le escribí para felicitarla y agradecerle. También a Gervas y Pérez Fernández, sin cuya intervención, eso no hubiera sido posible.

Le avisé a Mónica para que considerara este artículo como prueba: una publicación médica prestigiosa reportaba desde Europa que Uruguay era el único país del mundo en imponer la mamografía obligatoria a sus ciudadanas.

Al ver citado a Tabaré Vázquez en una revista médica desde el Reino Unido como artífice de un atropello a la ética y a la ciencia desde la máxima investidura del Uruguay, sentí curiosidad por conocer su producción científica. La más reciente era de 2005 y la había presentado en la Revista Médica del Uruguay con posterioridad a su investidura como presidente: el análisis de sobrevida de 1.311 mujeres con cáncer de mama seguidas durante casi 20 años, exhibe una lista de autores encabezada por él y en la que se destaca su hijo Álvaro de 39 años al momento de su publicación.^[22]

22/3/2013: 169 firmas en AVAAZ.

En el primer curso del diploma que atendía en el complejo de Antel, hacíamos prácticas relativas a romper contraseñas. Para eso usamos una herramienta de software llamada “John the ripper”. Recordando a Jack el destripador (Jack the ripper) quien había asesinado mujeres en las calles de barrios pobres de Londres, la mujer empalada alimentaba la sugestión de una temeraria uruguaya que estaba peleando sola contra “los empresariados médicos” de su país mientras su compañero temía por su vida. Una vez que salía de clase y me subía a mi auto, llamaba a Jorge por el teléfono móvil para avisarle que emprendía el regreso a casa.

26/3/2013: 206 firmas en AVAAZ.

Finalmente había logrado completar un trío de testigos: comparecerían dos ingenieras y una PhD en biología molecular, es decir, dos egresadas de la Facultad de Ingeniería y una de la Facultad de Química.

Más tarde se integraría un médico.

La Universidad de la República estaría representada por una muestra heterogénea de sus antiguos estudiantes durante la dictadura.

27/3/2013: 207 firmas en AVAAZ.

Estaba esperando que se definieran todas las autoridades nuevas en el MSP (como consecuencia de la caída del ministro chileno) para solicitar una entrevista con la ministra, en la cual le presentaría las firmas recolectadas en AVAAZ a la carta dirigida a ella y en apoyo a mi expediente que aún estaba sin decidir. Pero 207 firmas no impresionarían a nadie.

6/4/2013: 220 firmas en AVAAZ.

Había vencido el carné de salud que había obtenido seis meses antes, en octubre. La intranet de Antel ya me avisaba de esa situación y tomé una imagen. Se la envié a Mónica para agregar como prueba: Antel era implacable con ese requisito, aún cuando le constara que iba todos los días a trabajar y que desde la presentación del carné anterior, no había me había ausentado por problemas de salud.

Yo continuaba investigando y acumulando pruebas para la demanda porque aún no nos habían establecido el plazo para presentarlas.

7/5/2013: 227 firmas en AVAAZ.

El MSP había contestado la demanda pero para plantear una cuestión formal. Disponíamos de seis días hábiles para justificar la pertinencia de mi demanda ante el TCA y que el proceso pudiera continuar.

Era un tecnicismo vergonzoso, fácilmente superable. Pero me costaría en timbres, honorarios y tiempo.

Jorge me abrumó una vez más con que yo estaba luchando contra molinos de viento y que el MSP era el peor lugar de todo el estado para enfrentar al oncólogo que seguramente se postularía para la campaña electoral del año siguiente. Pero yo no estaba dispuesta a doblegarme por una chicana infame.

10/5/2013: 227 firmas en AVAAZ.

Mónica había accedido al informe del comité de bioética del MSP, última oficina del MSP en la que mi expediente había estado para informar. Entre otras cosas, decía: *"En el caso del reclamo de Ana Rosengurtt es imprescindible considerar si existe la posibilidad de que pueda ejercer su autonomía desde el punto de vista legal"*. Habían tratado de incapaz a una ciudadana que necesitaba el carné de salud para trabajar y en el mismo carácter que ellos: funcionaria pública profesional.

Pero el remate final del largo y absurdo informe, a modo de conclusión expresaba la única verdadera preocupación de las autoridades: si yo ejercía el derecho a mi autonomía *"podría afectar en el futuro el concepto de la prevención del cáncer de mama en nuestro medio"*.

Esa frase era muy reveladora. Y una vez más Jorge se desanimó: “¿Ves? Te lo están diciendo por escrito y con todas las letras. No van a acceder a tu petición, ni aunque te respalden todos los premios Nobel de Medicina juntos.”

11/5/2013: 227 firmas en AVAAZ.

A través de la red social Facebook decidí contactar una prima lejana que es médica y a quien hacía mucho que no veía pero había leído entrevistas realizadas a ella, relacionadas con temas médicos legales. Se trataba de la Dra. Mariela Mautone.

La más reciente era su crítica al decreto de la sífilis, una aberración de este gobierno. La norma había establecido que las embarazadas que contrajeran la enfermedad, tenían la obligación de develar el nombre de su pareja. Si se negaban, la institución médica podía realizar una denuncia para que la Policía fuera a buscar al hombre que supuestamente habría contagiado a la mujer.

Mariela es médica y magíster en Bioética y Derecho. Era presentada por esa nota de prensa como participante por la Facultad de Medicina de un ateneo interdisciplinario organizado por la cátedra de Medicina Legal y la Unidad Académica de Bioética (UABE)⁽²⁷⁾ para evaluar las implicancias de ese decreto.

Ella era la persona que podía acercar mi cuestionamiento sobre la mamografía al ambiente académico. Efectivamente se interesó mucho y generó una oportunidad que yo jamás había imaginado: presentar mi causa en el ambiente académico uruguayo.

12/5/2013: 227 firmas en AVAAZ.

Había comprado el nuevo teléfono móvil. Era un smartphone que me permitía estar pendiente del correo electrónico, las redes sociales y la página de AVAAZ. Más

adelante agregaría un acceso directo a un artículo del BMJ para seguir los comentarios aportados por científicos de todo el mundo y por mí.

14/5/2013: 227 firmas en AVAAZ.

Una noticia había acaparado los medios de comunicación en todas sus versiones tecnológicas: la actriz Angelina Jolie se habría sometido a una mastectomía bilateral para evitar el cáncer de mama, luego que una prueba genética le habría revelado el riesgo a desarrollarlo. Ella adhería de esta manera a la promoción del miedo a la enfermedad y a la muerte, para generar en las mujeres la necesidad de consumir un producto médico de alta tecnología (accesible a una minoría) como era el test de Myriad Genetics, que prometía detectar las mutaciones genéticas relacionadas con el cáncer de mama (BRCA1/2) las cuales son causantes de menos del 10% de los casos diagnosticados.

Las mamas son el rasgo femenino por excelencia. Los travestis las imitan antes que ningún otro. Y los transexuales adhieren a tratamientos para desarrollarlas. La representación de una profesional de la actuación como Jolie, incitaba a mujeres sanas a temer ser portadoras de las fatales mutaciones, para jugarse al resultado del test que ella habría experimentado. Además promovía como solución la mutilación del cuerpo a la que ella supuestamente se habría sometido, alentando al sacrificio de las mamas naturales ante la remota probabilidad de que ellas provocaran la muerte.

En uno de los artículos de la prensa digital sobre lo de Jolie, un comentario al pie caricaturizaba su decisión: *"como fumar y sacarse un pulmón para evitar el cáncer"*.

Una vez más Gervás fue mi fuente de información^[23]: *"La determinación de las mutaciones de los genes BRCA no es infalible. Por ejemplo, el 12-15% son falsos negativos y aproximadamente en el 13% de los test positivos se desconoce el significado de la mutación (beneficioso, perjudicial, neutro). Los datos sobre el test genético (sensibilidad, especificidad y otros) no se conocen con precisión, pues gran parte del conocimiento sobre la prueba de los genes BRCA está secuestrado por Myriad Genetics. Esta empresa de Estados Unidos ha patentado no sólo el test sino también las propias mutaciones de quienes las portan, con el objetivo de mantener su monopolio y también el alto precio del mismo."*

Esto me hizo recordar una sátira sobre la expansión de Microsoft y su ambición monopólica. Era una supuesta noticia que le habría reportado la propiedad de casi cualquier cosa: *"Microsoft habría patentado el cero y el uno"*.

Como era esperable, el caso de Jolie tuvo impacto al alza en el valor de las acciones de Myriad Genetics en la Bolsa de Nueva York. Es lo que se llama "efecto Angelina Jolie", similar al que provocó Katie Couric al someterse a una colonoscopia en directo en la televisión, en el año 2000, a la que siguió un aumento espectacular de dicha prueba.^[24]

17/5/2013: 227 firmas en AVAAZ.

No había terminado de resonar el caso de Jolie en los medios de comunicación locales y el diario El Observador informaba "UNA URUGUAYA CON EL BRCA1". Se había enterado tres años atrás que portaba ese gen defectuoso gracias al test que

ahora promocionaba Jolie y había decidido someterse a la mastectomía bilateral y la extirpación de los ovarios.⁽²⁸⁾

19/5/2013: 227 firmas en AVAAZ.

Dos días después, Mónica me enviaba un vínculo a un artículo digital del diario El País titulado “En los pies de Angelina Jolie pero en Uruguay: no se llama Angelina, se llama Mónica. No es actriz, es cantante. Su marido no se llama Brad, se llama Darío. Pero al igual que Angelina Jolie, Mónica Navarro no dudó en quitarse las mamas para alejar el cáncer de su vida”.⁽²⁹⁾

Y Mónica me sugería: “¿Por qué no escribís a El País?”.

Debía localizar a la periodista del artículo, Leticia Costa Delgado, quien también había cubierto la primera noticia sobre Jolie. No me imaginaba cómo iniciar la conversación con ella: ¿qué le podría interesar de mí?

Finalmente la localicé. Le expliqué que yo estaba en la antípoda de sus recientes artículos sobre Jolie y Navarro, demandando al MSP por no respetar mi derecho a la autonomía para negarme a la mamografía en el carné de salud. Se interesó y me propuso una entrevista para el día siguiente. Por la tarde vendría por mi casa junto con el fotógrafo.

Por la noche, luego de una acalorada discusión doméstica, Jorge me convenció de obviar al fotógrafo y condicionar la nota con la preservación de mi identidad.

21/5/2013: 227 firmas en AVAAZ.

Había recibido al equipo del diario El País en mi casa. Leticia entendió y aceptó mi deseo de permanecer en el anonimato.

Yo le había suministrado información para ponerla en antecedentes, como el artículo del BMJ y la portada del día que fue publicado. Le relaté mi caso contra el MSP y me solicitó los correos electrónicos de Gervás, Pérez Fernández y Gøtzsche para contactarlos. Me dijo que probablemente la nota fuera publicada el domingo siguiente.

26/5/2013: 227 firmas en AVAAZ.

Mientras desayunaba, al leer la prensa digital me encontré en la portada online y al pinchar en ella, llegué a mi entrevista:⁽³⁰⁾

“Uruguay se opone ante el MSP a que le realicen mamografías:

El British Medical Journal publicó la historia de una uruguaya que se niega a que le realicen mamografías. El BMJ cuestiona que Uruguay obligue a realizarse un estudio que tiene efectos adversos. Médicos uruguayos recuerdan que salva vidas.”

Corrí a comprar la versión en papel: nunca había protagonizado una edición dominical de un medio prestigioso como El País.

Leticia me citaba como “María” y el centro de su nota era el artículo del BMJ, del cual aparecía una imagen.

La nota integraba partes de la entrevista conmigo y partes de otras entrevistas. Habían declaraciones del Dr. Gustavo Febles (director de la Escuela Uruguaya de Mastología), del Dr. Enrique Barrios (coordinador del Registro Nacional del Cáncer) y

del Dr. Juan Gervas “médico, profesor e investigador español que fue presidente de la Red Europea de Investigación en Medicina General”.

El artículo digital había recolectado al pie 10 páginas de comentarios de todo tipo. No podía quedarme callada. Yo respondí alguno, bajo un seudónimo.

El mismo domingo se desató la polémica entre los médicos uruguayos al más alto nivel. Me llegó una cadena de correos electrónicos del Sindicato Médico del Uruguay (SMU) cuyo asunto refería al artículo de Leticia en El País. La había iniciado el Dr. Alvaro Vázquez Delgado al divulgar un correo electrónico firmado por Febles aunque despachado en nombre de la Escuela Uruguaya de Mastología, de la cual era su director. Más adelante me encontraría con Febles ante un tribunal de justicia.

27/5/2013: 228 firmas en AVAAZ.

Una amiga desde Rocha me avisaba que el canal 7 de televisión había comentado la noticia de El País con mi entrevista del domingo.

El País de hoy publicaba otra noticia relacionada con Jolie: “Falleció de cáncer de mama la tía de Angelina Jolie”.⁽³¹⁾

28/5/2013: 230 firmas en AVAAZ.

El País había publicado una carta conjunta de Febles y del Dr. José Parada (presidente de la Sociedad Uruguaya de Mastología) en el espacio “Ecos” de cartas de lectores. El motivo de la carta era aclarar la nota de Leticia que a juicio de ellos generaba confusión en la población.

La redacción del diario estampó al pie: “*El artículo al que hacen referencia los especialistas informó sobre una posición recogida incluso por el British Medical Journal y no inducía a confusión alguna*”.⁽³²⁾

Parada es además responsable de la clínica CIP, adonde debí volver dos veces para que me rectificaran un informe erróneo.

2/6/2013: 255 firmas en AVAAZ.

El informativo central de Telenoche por el canal de televisión Monte Carlo TV, había informado sobre la noticia del BMJ y la uruguaya contra la mamografía.

6/6/2013: 257 firmas en AVAAZ.

Mariela Mautone me había convocado a asistir a la sesión abierta y pública de la UABE, para exponer sobre mi cuestionamiento a la mamografía en un ateneo integrado por un equipo multidisciplinario. Yo jamás había estado en la Facultad de Medicina y me sentía muy honrada por tal invitación. Me había tomado el día de licencia en Antel para preparar la información relevante que había recabado porque no sabía ante qué público me presentaría y no quería hacer un papelón.

Durante dos horas expuse y contesté preguntas a un grupo selecto de universitarios que con mucho respeto me escucharon atentamente. Estaba presente el grado 5 de dicha cátedra, el Dr. Hugo Rodríguez Almada.

10/6/2013: 257 firmas en AVAAZ.

Leticia Costa me había avisado que una lectora del diario El País se había comunicado con ella porque quería contactarme. Para eso me facilitaba todos sus datos. Se trataba de Karina Cassinelli.

Química farmacéutica de profesión, tenía casi mi edad y por lo tanto muchas cosas en común: ella me hizo tomar conciencia de algo que ya ni me acordaba y era la amigdalotomía a la que ambas habíamos sido sometidas de niñas. Años después y como consecuencia de algún encumbrado estudio científico, esa práctica se abandonó pero nadie nos devolvió las amígdalas. La radiación obligatoria cae en la misma clasificación de procedimiento irreversible como fue esa cirugía, porque la radiación se acumula y no hay jabón de la descarga que permita eliminarla.⁻⁹⁻ El día que me devuelvan las amígdalas creeré que la mamografía me puede salvar la vida.

11/6/2013: 257 firmas en AVAAZ.

Me había llegado otra polémica desatada en la red del SMU con motivo de la noticia que alguien había compartido y que había sido publicada hoy en el periódico inglés The Guardian. Se trataba de las conclusiones presentadas en un artículo del Journal of the Royal Society of Medicine sobre la falta de evidencias del efecto de la mamografía en la reducción de la mortalidad por cáncer de mama luego de un período de observación de 40 años en el Reino Unido.^[25]

La investigación de Toqir K.Mukhtar, David RG Yeates y Michael J. Goldacre había analizado las tendencias de mortalidad en el Reino Unido, antes y después de la introducción del programa de cribado de mama en 1988. Los datos mostraron que no hay evidencia de un efecto del cribado mamográfico en la mortalidad por cáncer de mama en la población en un período de observación de casi 40 años.

Nuevamente Febles como suscriptor de la red, respondió para desestimar el aporte del colega compatriota y desacreditar colegas del mundo desarrollado con 40 años de experiencia.

12/6/2013: 257 firmas en AVAAZ.

Me había llegado otro correo electrónico de la red del SMU: el Dr. Antonio Turnes informaba que había sido recientemente aprobada la ley de seguridad y protección radiológicas de personas, bienes y medio ambiente, como si la mera existencia de dicho instrumento jurídico tuviera el efecto instantáneo de garantizar mágicamente la exposición a la radiación sin riesgo ninguno.

Si ese fuera el efecto de las leyes, este libro no existiría.

13/6/2013: 257 firmas en AVAAZ.

Se había hecho público un fallo de la justicia estadounidense por el cual la Suprema Corte había establecido la caducidad de la patente de Myriad Genetics sobre las mutaciones del gen BRCA1/2. Con esta sentencia, otros podrían desarrollar diferentes métodos de diagnóstico para esas mutaciones.

La empresa había perdido su patente y sus acciones cayeron en la Bolsa de Nueva York. Jolie habría sido salvada de morir por cáncer de mama gracias a su test pero ella no habría podido corresponderle.

15/6/2013: 257 firmas en AVAAZ.

Gérvas le había dado un nuevo impulso a la campaña en AVAAZ. Enseguida se destrancó del 257 que lucía desde el día 3 y empezaron a llegar firmas de Brasil.

16/6/2013: 269 firmas en AVAAZ.

Un contacto desde Canadá me escribía que si Uruguay había firmado la declaración de UNESCO sobre bioética y derechos humanos, esta normativa que nos imponía la radiación obligatoria estaba en conflicto con ese compromiso ante la comunidad internacional. Y me transcribía el artículo 6 de dicha declaración el cual establece *“toda intervención médica preventiva, diagnóstica o terapéutica debe ser realizada sólo bajo el consentimiento informado de la persona”*.

Nuevamente asalté la web y encontré el testimonio de nuestro embajador ante Unesco en 2005, el Dr. Gros Espiell, dando cuenta de la aprobación por aclamación de dicha declaración en Oviedo, con la adhesión de Uruguay.⁽³³⁾

Le avisé a Mónica sobre esto. También le pregunté a Mariela qué sabía sobre este compromiso ante Unesco. Mariela me respondió que Uruguay tenía un compromiso de hecho con la Declaración de la UNESCO, por ser sede de la Red Latinoamericana de Bioética de ese organismo.

El artículo 6 de la declaración de Unesco constituía la formalización de los principios de Wilson y Jungner que exigen la aceptación de las personas tanto para participar de un programa de cribado como para adherir al tratamiento posterior.

Y entonces entendí por qué en ningún país desarrollado existe algo como el carné de salud uruguayo del que Gérvas y Arie se habían sorprendido tanto.

17/6/2013: 272 firmas en AVAAZ.

El diario El Observador publicaba un artículo titulado “Nuevos avances locales en cáncer de mama”. El artículo empezaba citando los antecedentes familiares oncológicos de Jolie: la muerte de su abuela a los 45 años por cáncer de ovarios, la de su madre por cáncer de ovarios y de mamas y la de su tía recientemente por cáncer de mama. Esta dramática introducción al resto del artículo no hacía más que alimentar el miedo al cáncer de mama para incitar al consumo de la solución que presentaba.

La Dra. Lucía Delgado, directora del Servicio de Oncología Clínica del Hospital de Clínicas, quien era la entrevistada, explicaba la existencia de los ya famosos genes BRCA1/2. Y anunciaba: *“El test genético al que se sometió Jolie no se realiza en el país, pero esto cambiará pronto”*. Explicaba que el Instituto Pasteur y el Departamento de Oncología de la Facultad de Medicina esperaban comenzar a trabajar en un nuevo y mejor método para detectar esos genes.⁽³⁴⁾

Febles, quien también había sido entrevistado para esa nota, dijo que *“El cáncer radioinducido con las dosis de radiación de la mamografía no existe. No hay ninguna mujer en el mundo en la cual se pueda comprobar que haya sufrido un cáncer como consecuencia de la mamografía”*. Omitía mencionar que en el mundo desarrollado a las mujeres se les exige el consentimiento informado por el cual asumen todos los riesgos como el cáncer radioinducido que ni él ni nadie puede diferenciar del natural.

El artículo desacreditaba a la uruguaya que se niega a la mamografía, las declaraciones de Gervas en el diario El País y sus credenciales como médico para opinar sobre el tema.

18/6/2013: 282 firmas en AVAAZ.

Un contacto desde Estados Unidos me comentaba las consecuencias prácticas del consentimiento informado. Me confirmaba la existencia de leyes sobre él pero que no suelen ser honradas materialmente.

Dicha normativa habilita a demandar después de sufrir daños y demostrando que no se recibió toda la información antes de expresar el consentimiento. La mayoría de las mujeres atribuyen los daños a su cáncer. Por lo tanto, nunca se presentan demandas por daños y perjuicios ocasionados por la mamografía que lo “detectó”.

La presión ejercida por los medios de comunicación, las directrices de las autoridades sanitarias, los anuncios de servicios de salud, las campañas, las amistades y el médico personal, acosan a la mujer para mamografiarse para su supuesto bien. Por esto a ninguna se le pasa por la cabeza demandar.

La promoción del miedo al cáncer y la vergüenza de sufrir una enfermedad que destruya algo tan valioso para la mujer como son sus mamas, conspiran para que se sienta culpable de ese destino en lugar de víctima de intereses ajenos a su realidad y su naturaleza.

20/6/2013: 278 firmas en AVAAZ.

Me había alarmado la pérdida de cuatro firmas en dos días. Con lo que lenta que avanzaba la adhesión (y pocas firmas uruguayas) era otro revés a soportar y peor aún si perdía las de los extranjeros que Gervas me aportaba. Había recolectado firmas de países increíbles como las Antillas Holandesas y Filipinas. La internacionalización de esta campaña en el ambiente médico estaría dejando muy mal parado al país.

Me contacté con el equipo de AVAAZ. Me explicaron que ellos periódicamente eliminan las firmas duplicadas en base a los correos electrónicos de los adherentes.

22/6/2013: 283 firmas en AVAAZ.

Exprimiendo la web en busca de daños por la radiación, había encontrado un libro que reportaba otro efecto de ella: isquemia cardíaca. La fuente era del Ph.D. Dr. John Gofman y se titulaba “*La radiación de los procedimientos médicos en la patogénesis del cáncer y cardiopatía isquémica*”. Es decir, que en un solo trabajo se reconocían dos efectos adversos de la radiación de uso médico: además de generar cáncer, puede matar del corazón.^[26]

23/6/2013: 284 firmas en AVAAZ.

Era domingo y había una consulta popular no obligatoria para decidir si se debía convocar a un plebiscito para derogar la ley de despenalización del aborto, aprobada meses antes luego de un intenso debate y de varios intentos en todos los gobiernos anteriores.

Esta ley fue muy polémica y lejos de asegurar su eficaz aplicación instantánea como sugería Turnes con la de radioprotección, tuvo el efecto contrario: muchos ginecólogos en todo el país habían invocado objeción de conciencia y el departamento

de Salto no podría cumplir con esta ley porque todos sus ginecólogos habían adherido a esa posición, casi incurriendo en la desobediencia civil. Abruptamente había nacido la conciencia a la mayoría de los ginecólogos al punto de negar asistencia a mujeres en su mayoría jóvenes que amparadas en una ley iban a ejercer un derecho legítimo. Mientras, a las más veteranas se nos desconoce otro derecho legítimo: el de ejercer la autonomía establecido por ley para decidir sobre nuestra salud y nuestro cuerpo en el caso de la mamografía para el carné de salud laboral.

El plebiscito no logró los votos requeridos para convocarlo. Los ginecólogos objetores iniciaron un proceso judicial similar al mío para que se respete su posición anti aborto.

Los médicos se han apropiado del cuerpo de la mujer: a las uruguayas no se les permite decidir cómo vivir su sexualidad, su maternidad, ni cómo cuidar su salud. Ellos deciden por nosotras en todas las instancias de nuestras vidas.

30/6/2013: 285 firmas en AVAAZ.

En mi recibo de sueldo del mes que hoy terminaba (junio) había sobreimpreso un aviso de que mi carné de salud estaba vencido. Al pie lucía la advertencia de que disponía de dos meses para renovarlo de lo contrario no podría entrar a trabajar a partir del 1º de agosto y sufriría el descuento de mis haberes por incurrir en inasistencias. En definitiva, este sería mi penúltimo recibo de sueldo, de no presentar un nuevo carné de salud a tiempo.

7/7/2013: 290 firmas en AVAAZ.

Una amiga que trabajaba en un servicio de salud había recibido el último número de una revista médica uruguaya desconocida por mí, del cual me advertía “Creo que deberías leerlo”. Se trataba de “Opción Médica”, número 36 correspondiente al mes de junio en cuya portada lucía el titular “La mamografía como test de screening del cáncer de mama” y presentando a Febles como su autor. Era el tema destacado de ese número.^[27]

Con su celular tomó fotos página a página y me las envió por WhatsApp. Al descargarlas noté que faltaba una y no podía completar su lectura. Asalté la web una vez más y lo encontré en formato electrónico.

El artículo estaba presentado por un equipo de profesionales que de esa manera adherían a todos sus términos. El equipo estaba integrado por:

- el director del espacio de oncología de la revista, Prof. Dr. Tabaré Vázquez
- el coordinador, Dr. Álvaro Vázquez Delgado
- y un selecto grupo de colaboradores entre los que se contaba el Dr. Álvaro Luongo y Febles mismo.

El artículo estaba escrito con el formato de un informe científico porque citaba varias fuentes y al final presentaba todas las referencias bibliográficas correspondientes a las citas (excepto una). Presentaba la controversia mundial por el cribado mamográfico e informaba sobre los efectos adversos reconocidos de la mamografía

(falsos positivos y sobrediagnósticos), aunque con el claro objetivo de desacreditarlos y marcar el beneficio por sobre ellos.

Al final del artículo y de espaldas a la ciencia, Febles recordaba que la mamografía era exigible para la obtención del carné de salud laboral a mujeres entre 40 y 59 años. Para aliviarnos el peso de la obligación, señalaba que tanto ella como el PAP no sólo eran gratuitos sino que por ley podíamos usufructuar un día libre sin descuentos en el salario para poder realizarlos.

Nos estaban exponiendo a los efectos adversos sin advertirnos para que nosotras libremente decidiéramos sobre nuestro cuerpo. Ellos decidían por nosotras. Como para darnos tranquilidad de que eso estaba bien y era bueno para nosotras, decía (aunque sin citar la referencia para verificarlo) que *“estas medidas han sido elogiadas en congresos internacionales de Mastología”*. Al final desacreditaba la resistencia de *“algunas personas que no comprenden el valor de la detección oportuna del cáncer”*. Y reiteraba lo que había dicho a El País: *“no hay evidencia científica de ninguna mujer que haya desarrollado un cáncer de mama radioinducido como resultado de la realización de mamografías. No existe el cáncer radioinducido con las dosis de radiación aplicadas en la mamografía”*. Y una vez más, Febles omitía deliberadamente informar que la evidencia científica no existe porque todas las mujeres del mundo están acalladas por el consentimiento informado que deben firmar en los países desarrollados (y doble consentimiento en el caso de los implantes) cuando aceptan voluntariamente la invitación a someterse al cribado mamográfico.

Las referencias al final evidencian su conocimiento sobre la misma bibliografía a la que yo había accedido, pero revela su ignorancia acerca del detrimento radiológico de la mamografía, el cual era conocido por Cabral, el responsable de la ARNR.

A siete años de haber impuesto Tabaré Vázquez la mamografía a las mujeres y a un año de advertir que la radiación es una de las causas del 80% de cualquier cáncer, ahora era Febles quien aportaba conocimiento que desactualizaba aún más el decreto del 2006. Y también él ratificaba así mi posición de que el dinamismo de la ciencia no debe ser coartado por un marco jurídico rígido y estático.

El artículo de Febles era el primer trabajo uruguayo en exponer y reconocer los efectos adversos de la mamografía. Sería agregado como prueba en la demanda contra el MSP y él citado como testigo para que reconociera la autoría del mismo ante el TCA.

14/7/2013: 290 firmas en AVAAZ.

Con el asesoramiento de Mónica había redactado una respuesta al artículo de Febles en Opción Medica para enviar a El País y para ser publicada en el espacio de cartas de lectores. Había manifestado mi voluntad de que fuera publicado bajo el seudónimo con que me había identificado Leticia en su artículo. Mi texto no era tan largo pero aún así, de la redacción me pidieron que lo redujera. ¡Eso significaba que era publicable! Me esmeré hasta lograr una síntesis adecuada.

15/7/2013: 290 firmas en AVAAZ.

Había concurrido a tramitar el nuevo carné de salud a la misma clínica de las veces anteriores. Me había presentado en ayunas para la extracción de sangre y portaba la muestra de orina de rigor. Llevaba todo lo que me iban a exigir excepto la mamografía.

17/7/2013: 290 firmas en AVAAZ.

El celular da para todo: también para adherir a la promoción del terror al cáncer de mama. Un estudiante de la escuela de Ciencias e Ingeniería de la Universidad Nacional de Australia en colaboración con la organización contra el cáncer The Young Adults Program (YAP) había creado una aplicación para teléfonos celulares que podía ayudar a la prevención temprana del cáncer de mama.⁽³⁵⁾ La herramienta para la detección precoz estará al alcance del teléfono para cualquier mujer desde las tiendas de aplicaciones en la web. Como el autoexamen de mamas, esto sólo fomentará los falsos positivos porque las mujeres se volverán hipocondríacas.^[28]

18/7/2013: 292 firmas en AVAAZ.

El País había publicado mi carta bajo el título “Pros y contras de un diagnóstico” y firmada por “María”.⁽³⁶⁾

En ella yo señalaba que los modelos matemáticos y las estadísticas no son sujeto de derecho, que las mujeres lo somos y que los médicos que ejercen su profesión con ética deben respetar nuestra autonomía.

También informaba que la dosis de radiación de una mamografía equivalía a la de cuatro radiografías de tórax, de modo que someterse a una mamografía cada dos años era como hacerse una radiografía de tórax cada seis meses.

Advertía que la falta de evidencia de daño por la mamografía se debía a que el consentimiento informado requerido en el resto del mundo transfería la responsabilidad de los riesgos a las mujeres y de esta manera se acallaba cualquier iniciativa para denunciar daños e intentar resarcirse por ellos.

Rebatía el elogio que según Febles habría merecido Uruguay en congresos internacionales (por la medida de incluir la mamografía y PAP en el carné de salud laboral obligatorio) citando el artículo del BMJ donde se reportaba que nuestro país era el único en el mundo en imponer el cribado mamográfico sin fundamento científico que lo sustente.

Remitía a la columna del propio Tabaré Vázquez en El Observador donde advertía que las radiaciones podían causar cáncer. Proporcionaba el vínculo al MSP donde estaba publicado el trabajo de Berterretche con el estado de los mamógrafos.

Para mostrar una actitud positiva y constructiva ante un problema de salud como es el cáncer de mama, yo anunciaba que existían alternativas a la mamografía como prueba diagnóstica para el cribado de esa patología pero que el decreto 571/006 impedía que las uruguayas nos beneficiáramos de los avances científicos.

Y terminaba cuestionando que en democracia se hubiera implantado la radiación obligatoria sólo para algunas luego de haberse descartado la radiación obligatoria para todos, practicada durante la dictadura.

19/7/2013: 292 firmas en AVAAZ.

Al intentar retirar el nuevo carné de salud por seis meses, me informaron que el nivel de colesterol superaba el valor normal y que debía presentar una constancia de un médico de que estaba en tratamiento por hipercolesterolemia. ¡Era lo único que me faltaba!

Fui al primer médico de medicina general para el que conseguí cita en el día. Le expliqué por qué iba y me preguntó si tenía antecedentes de hipercolesterolemia en mi familia. Sólo me dijo que volviera en seis meses para realizarme un chequeo clínico mejor que el del carné de salud. Sin más interrogatorio ni examen clínico ni lectura de mi historia, me extendió el certificado. En menos de cinco minutos de “consulta médica”, salí con lo que había ido a buscar. Es decir: que el carné de salud le generó un acto médico a ese profesional que no había hecho nada por mejorar mi salud. Tampoco yo lo necesitaba y perdí dinero y tiempo con esa consulta inútil. Con ese certificado obtuve mi carné de salud válido por seis meses: hasta el 15/1/2014.

¿Y si el VDRL hubiera arrojado un falso positivo? Busqué y encontré trabajos que reportan esa situación.^[55] Entonces entendí por qué me había sentido tan incómoda cuando le detallé a Gérvas el protocolo del carné de salud. Es que someténdome a ese estudio estoy aceptando la intromisión del estado en mi cama, mi vida privada y mi sexualidad. ¿Cómo reaccionaría Jorge si en lugar de obtener mi carné de salud por seis meses debido a la supuesta hipercolesterolemia, la causa era un falso positivo del VDRL?

Así aprendí que el carné de salud entero es inaceptable y años más tarde esto me llevó a escribir un alegato para la Revista de Derecho Público.^[56]

21/7/2013: 293 firmas en AVAAZ.

Mi mamá había recibido carta de mi hermano. José le escribe en papel y le despacha la carta por correo postal. Ella siempre vivió pendiente de sus cartas desde que él emigró en 1998 al Reino Unido.

Ella guarda las estampillas de los sobres para mí, porque desde mi infancia a instancias de mi padre yo las colecciono. Ese día miré con atención la estampilla, por curiosidad para verificar si era nueva o repetida. Era la efigie de la reina pero me sorprendí con el matasellos que la inutilizaba: estaba compuesto por la silueta de un hombre y la leyenda “El Correo Real apoya la atención de primera clase para los hombres contra el cáncer de próstata”.



Era ridículo que mi madre recibiera ese aviso. Evidenciaba la inyección de miedo al cáncer de próstata que los hombres estarían recibiendo en el Reino Unido, Europa y el mundo, donde sea que llegaran cartas desde allí. ¿Sería como la que debían soportar las uruguayas por el cáncer de mama? ¿Sabría la reina que su imagen estaba llegando al mundo sobreimpresa con la silueta de un hombre en una campaña de su correo en apoyo a la detección precoz del cáncer próstata de sus súbditos? ¿El rey atendería también esa recomendación de su esposa que, preocupada por la salud de sus súbditos, llegaba a todo el mundo? Tal vez yo debería escribir a Su Majestad.

¿Tendría éxito una campaña así en una sociedad machista como la nuestra? Los hombres, ¿se controlarían voluntariamente la próstata con el urólogo? Estábamos camino hacia eso.

7/8/2013: 295 firmas en AVAAZ.

El TCA había desechado la pretensión del MSP de que se desestimara mi demanda por improcedente. El proceso se destrancó y el juicio seguiría su curso normal.

Una vez más era un reconocimiento impresionante para mí. Jorge festejó conmigo. Es que antes de conocernos, él también había tenido su lucha personal contra el MSP.

Fue cuando vivía su padre, quien había sido diagnosticado con cáncer de garganta. Jorge había investigado alternativas a la radioterapia que le estaban aplicando. La opción por la que apostó, fue un tratamiento inmunológico (vacuna) personalizado contra el cáncer desarrollado por los japoneses. Fue un proceso complejo en 1990. Debí despachar una muestra de sangre de su padre junto con los antecedentes a Japón para que lo diseñaran. Los japoneses se habían horrorizado con la intensidad de la radiación de la radioterapia recomendada y le manifestaron que lo "estaban cocinado con ella". Luego de hacer un trámite en el Ministerio de Relaciones Exteriores y otro en

el Instituto de Oncología (donde no lo habrían tratado muy bien), con el patrocinio de un médico uruguayo, el Dr. Jesús Costa⁽³⁷⁾, pudo ingresarla al país. Su padre mejoró del cáncer, pero murió de un infarto.

Las soluciones alternativas para la cura del cáncer como la vacuna Hasumi, iban a ser boicoteadas poco tiempo después en Uruguay.

8/8/2013: 295 firmas en AVAAZ.

Luego de muchas especulaciones, Tabaré Vázquez había asegurado su participación en las elecciones nacionales del próximo año, pero aclaró que no comenzaría la campaña electoral hasta ser proclamado por el Congreso del Frente Amplio, a realizarse en noviembre. Sin embargo con su séquito ocuparía los medios de comunicación de otra manera y con el mismo fin.

Es curiosa la proliferación de eventos sobre cáncer de mama (y ninguno sobre otra variedad de cáncer) que estaban ocurriendo desde mucho antes de este anuncio y que se incrementarían con el fragor de la disputa electoral (muchos de ellos de acceso libre a todo público). Hay que ser mujer para notar que las mamas uruguayas eran las protagonistas de una arenga subliminal enfocada a captar votos femeninos a favor del oncólogo desde mucho antes de la proclamación formal de su candidatura a la Presidencia de la República, en el próximo mes de noviembre.

12/8/2013: 295 firmas en AVAAZ.

A partir de los comunicados de Antel para estar al día con el carné de salud, investigué cada una de las leyes, decretos y ordenanzas a las que hacían referencia sus resoluciones. En particular, una ley con un número muy bajo que la identificaba (9.697) me llamó la atención: podía ser muy antigua o estar mal citada. La encontré en la web del parlamento y resultó ser la que creó el carné de salud en 1937. Entre las firmas al pie estaba la del dictador Gabriel Terra. Es decir, que el carné de salud nos viene impuesto desde hace dos dictaduras.

En pleno siglo XXI, el Uruguay progresista le rinde culto a una ley anterior al Código de Ética Médica de Nüremberg de 1947, a la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, a la Declaración de Helsinki de 1964, al Pacto de San José de Costa Rica de 1978 y a la Declaración de Bioética y Derechos Humanos de Unesco de 2005.

Todos esos compromisos internacionales son incumplidos por honrar una ley de un dictador local del siglo pasado.

17/8/2013: 296 firmas en AVAAZ.

En el sitio web de la revista Opción Médica había encontrado el número siguiente (el 37) correspondiente a agosto.^[29] Un titular de su portada presentaba un nuevo trabajo de Febles: “Aplicaciones del PET en mastología”. El artículo en la página 4 estaba presentado por el mismo equipo patrocinador del artículo en el número 36 de junio.

Según Febles: “La tomografía por emisión de positrones (PET) es una técnica de medicina nuclear que suministra imágenes funcionales con fines diagnósticos

preferentemente en oncología. Se está utilizando en el diagnóstico, estadificación y monitoreo de la respuesta al tratamiento en varios tipos de cáncer”.

Las conclusiones señalaban que *“Por el momento no tiene indicación su uso como técnica de screening del cáncer mamario”*. Esto sólo apuntaba a desacreditar mi carta en Ecos del 18/7 donde había mencionado la existencia de alternativas a la mamografía.

22/8/2013: 296 firmas en AVAAZ.

Un académico uruguayo se había expresado minimizando la campaña de Jolie a favor del test de Myriad Genetics. La entrevista por el diario La República a Juan Cristina, decano de la Facultad de Ciencias de la Universidad de la República, se titulaba *“Cáncer de mama: resultado del test genético puede no ser concluyente”* y desarrollaba conceptos importantes.

Cristina, investigador en el laboratorio de virología molecular del Centro de Investigaciones Nucleares de la Facultad de Ciencias, advertía: *“Si bien el test establece determinadas mutaciones en un determinado gen, no dice cuándo esa persona tendrá cáncer. A la gente hay que decirle la verdad: ningún test molecular puede decir qué día una persona va a tener cáncer. No es sólo el genoma: también intervienen la historia clínica, cuestiones medioambientales y otros factores, con lo cual este tema es de una complejidad que ni siquiera llegamos a comprender. Además no todas las mujeres que tienen esos marcadores llegan a desarrollar cáncer”*, explicó. *“También hay un tema más de fondo, de discusión, que es el efecto llamado epistasis por el cual otros genes pueden suprimir la mutación en uno determinado. Todavía hay cosas para estudiar”*.⁽³⁸⁾

Esta entrevista a un científico uruguayo no tuvo la misma difusión local que la intervención mediática de Jolie al mejor estilo de actuación hollywoodense.

24/8/2013: 296 firmas en AVAAZ.

El gobierno había remitido al parlamento el proyecto de ley del Código de Ética Médica aprobado en noviembre de 2012 por el plebiscito realizado entre los médicos. El titular *“Médicos no podrán derivarse pacientes si por ello ganan más”* encabezaba la noticia sobre el Código de Ética Médica que fue establecido en la ley de Colegiación Médica⁽³⁹⁾, promulgada en octubre de 2009 durante el gobierno de Tabaré Vázquez. Además destacaba el primer artículo del proyecto, que el código será de cumplimiento obligatorio para todos los integrantes del Colegio Médico del Uruguay, junto con el principio ético fundamental: *“Los profesionales de la medicina deben cuidar la salud de las personas y de la comunidad sin discriminación de clase alguna, respetando íntegramente los derechos humanos”*.

Uno de esos derechos es el de la autonomía y el consentimiento informado establecido por la Ley 18.335.

29/8/2013: 296 firmas en AVAAZ.

La Sociedad Uruguaya de Mastología y la de Genética organizaban en conjunto un evento que se desarrollaría en el Hotel Cottage de Montevideo los días 11 y 12 de setiembre. El tema general sería *“Aspectos de la Genética del cáncer de mama y su*

Impacto en el Manejo Clínico Multidisciplinario”. Además de los exponentes locales iban a participar invitados especiales de Argentina, Chile y Canadá. Por Uruguay, la lista de profesionales era encabezada por la Dra. Lucía Delgado.

Sería uno de los tantos eventos sobre cáncer de mama que se desarrollarían en Uruguay en paralelo con la campaña electoral previa a las elecciones nacionales del próximo año y en las que el favorito sería el oncólogo.

30/8/2013: 296 firmas en AVAAZ.

Había sido aprobado en el parlamento la ley del nuevo estatuto del funcionario público.⁽⁴⁰⁾ El artículo 15 estableció que “*los funcionarios tendrán derecho a un día de licencia a efectos de realizarse exámenes de PSA (antígeno prostático específico) o ecografía o examen urológico*”.

Así habían empezado “a cuidarnos” a nosotras cuando en el año 2000 se estableció por ley que todas las trabajadoras tendríamos derecho a un día de licencia para que voluntariamente concurriéramos a realizarnos los chequeos gínico mamarios.⁽⁴¹⁾ Seis años después, ambos chequeos se transformarían en obligatorios por decreto.

Pero mientras nosotras estábamos condenadas a técnicas específicas (PAP y mamografía, según el caso), ellos podrían elegir entre tres para una única patología oncológica específica.

¿Cuánto demorará la central de sindicatos en reclamar el día de licencia para que los trabajadores de la actividad privada concurran a realizarse voluntariamente los chequeos urológicos? Si los sindicalistas investigaran un poco, descubrirían que el PSA se discontinuó como prueba de cribado en el mundo desarrollado.

13/9/2013: 296 firmas en AVAAZ.

Acta Sanitaria es un medio de comunicación digital del sector sanitario en España producido por una agencia especializada que además ha organizado la comunicación de congresos y cursos del área de la salud. Gérvas publica semanalmente en su portal una columna llamada “El mirador”. Y hoy fue su primer Mirador sobre el caso de la mamografía obligatoria en Uruguay. Además del BMJ con Arie en el Reino Unido, la mamografía obligatoria uruguaya es noticia en España con Gérvas y bajo el título “Uruguay: presidente excepcional y dictadura preventiva institucional”.^[30]

Al comienzo hace una semblanza del presidente José Mujica y los logros de su gobierno, destacando leyes de avanzada como la despenalización del aborto voluntario, el matrimonio homosexual y la regulación del mercado del cannabis. Luego cita las credenciales profesionales del presidente anterior, señalando que pertenece al mismo partido político que el actual pero describe la situación de las trabajadoras uruguayas a las que el oncólogo les impuso la mamografía obligatoria en mamógrafos antirreglamentarios en su mayoría. Además cita el artículo de Arie en el BMJ e informa sobre “*una campaña local liderada por la mujer que ha desafiado al ‘carne de salud’ por su increíble desprecio a la ciencia, a la ética y a su independencia personal*”.

El párrafo final concluye: “*La dictadura preventiva institucional en Uruguay es un ejemplo de adónde nos pueden llevar una Medicina Preventiva, una Salud Pública y una Medicina Clínica ejercidas ‘sin límites’ por profesionales, expertos, sociedades*

‘científicas’ y políticos que confunden sus buenas intenciones (y a veces corruptos intereses) con el ‘bien de la población y de los pacientes’.

14/9/2013: 296 firmas en AVAAZ.

Mónica había ido al ginecólogo y había tenido una pequeña discusión con él sobre la mamografía, tema sobre el cual no había ido a consultar.

El médico resignado le dijo: *“Yo te hago la orden. Te la haces si quieres”*. Ella, totalmente convencida de mi causa, me confesó: *“Faltaba más”*. Con mi abogada convencida hasta el extremo de adherir con su cuerpo además de su intelecto y pericia, tenía el éxito asegurado.

17/9/2013: 296 firmas en AVAAZ.

Había comenzado a distribuirse con los diarios El País y El Observador la Colección del Bicentenario, una serie de libros en homenaje al bicentenario de las célebres Instrucciones de 1813 redactadas por nuestro prócer, el Gral. José Gervasio Artigas. La Comisión del Bicentenario fue quien seleccionó los temas importantes de este periodo histórico del Uruguay y la denominaron “Nuestro Tiempo”. Es una serie de 24 fascículos sobre el Uruguay de los 40 últimos años, de divulgación general y escritos por especialistas en cada tema.

Mónica había sido convocada para elaborar un número sobre la mujer debido a que ella tenía la formación, la información y la historia personal para poder hacerlo: había trabajado más de 20 años en organizaciones de mujeres y en políticas de género.

Su libro es el número 2 de la serie y se titula “Mujeres. Las uruguayas en el bicentenario”. Centrada en la historia política del movimiento de mujeres, las políticas públicas fue uno de los temas que ella seleccionó y en ese marco hizo alusión al tema de la mamografía obligatoria. Mi causa contra la mamografía y documentada de esta manera en el marco de estos festejos, deja en evidencia que en 200 años las mujeres nos habíamos liberado de la sujeción al poder masculino de la familia para pasar a ser propiedad del Estado, que en el tercer milenio decide por nosotras sobre nuestro cuerpo.^[31]

5/10/2013: 312 firmas en AVAAZ.

Antel adhería desde su intranet al “mes internacional de prevención del cáncer de mama” con una página dedicada a recomendaciones exclusivamente a sus funcionarias. La misma estaba encabezada con el lazo rosa que identifica la cruzada mundial contra esta patología.

El mes internacional para la concientización sobre el cáncer de mama fue una iniciativa de la farmacéutica AstraZéneca con el objetivo de recaudar fondos para la investigación de sus causas, prevención, diagnóstico, tratamiento y cura. Ocurre en Estados Unidos cada mes de octubre desde 1985.

Antel, como empresa estatal, adhería de esta manera a la campaña electoral del oncólogo, candidato principal del oficialismo para las elecciones nacionales que tendrían lugar un año más tarde, en el último domingo del mes por la lucha contra este mal.

El lazo rosado es discriminatorio porque el 1% de los casos de cáncer de mama lo padecen hombres. Hay uruguayos sobrevivientes y muertos por esta patología.

La explotación de la ropa para resaltar las mamas, su uso (y abuso) por parte de los profesionales de la publicidad para vender cualquier cosa, las mujeres mediáticas que reconocen recurrir a la cirugía para lucirlas perfectas a cualquier edad, los travestis y transexuales que aspiran igualarlas, etc, no hacen más que convertirlas en un objeto comercializable.

El lazo rosado representa una campaña focalizada en explotar el temor de las mujeres a enfermar sus codiciadas mamas y asustarlas con que hasta pueden perder la vida a causa de ellas. La economía de mercado generó un nicho rentable a partir del universo de mujeres víctimas del miedo a sus mamas. Inyectando miedo al cáncer de mama se logra vender cualquier panacea que prometa evitarlo. El lazo rosado recluta mujeres para la mamografía. Su alta tasa de falsos positivos y sobrediagnósticos asegura la captación de pacientes para lo que sobreviene después de ella.

11/10/2013: 316 firmas en AVAAZ.

Una amiga me había avisado que existía un proyecto de ley a consideración del parlamento para imponer la mamografía y PAP con periodicidad ANUAL a todas las mujeres mayores de 40. Era surrealista tal cosa, pero asalté la web para buscar referencias hasta que encontré el trámite parlamentario, la exposición de motivos y un antecedente increíble.

Finalmente accedí al proyecto de ley presentado por Ivonne Passada (legisladora representante del oficialismo) en la comisión de salud de Diputados y ya aprobado en ese órgano.⁽⁸⁸⁾

El artículo 1 decía que sería aplicable a toda mujer mayor de 40 que lo tuviera indicado de acuerdo a las guías clínicas redactadas por la autoridad sanitaria. Ya es así por la ordenanza 105/007 del MSP.

El artículo 6 decía que serían gratuitos. Esto extendería la gratuidad del PAP por encima de los 65 años y la de la mamografía por encima de los 59 años.

Se establecía que empleadores y autoridades de los centros de enseñanza deberían exigirlos. Esto ya es así, aunque en la era del teletrabajo y de la teleeducación, no tiene ni pies ni cabeza.

También serían obligatorios en forma anual para las mujeres desempleadas que cobran subsidios del estado. Eso no está contemplado en la normativa vigente. ¡Qué extorsión aberrante!

El proyecto original había sido presentado el año anterior por la misma legisladora y para aplicar a toda mujer mayor de 18 años. Es decir: la primera iniciativa había sido imponer la mamografía anual obligatoria a partir de los 18 años y de por vida. ¡Radiación obligatoria anual en la edad fértil! Por suerte para la “raza uruguaya” dicho proyecto había sido “abortado” en la comisión de salud por médicos con ética además de conciencia y sentido común. El PAP obligatorio se proponía también a partir de los 18 años, en lugar de a los 21 como es hoy.

Y en la era de la historia clínica electrónica, proponía “*Cada examinada tendrá una libreta de registro y control sanitario, debidamente autorizada por el Ministerio de Salud Pública, quien las proveerá gratuitamente*”. Esto habría significado retroceder más de tres décadas a la época de la libreta del carnet de salud estudiantil en la dictadura.

La versión taquigráfica de esa sesión es muy reveladora. Uno de sus miembros, el Dr. Álvaro Vega Llanes, había dicho: “*Yo prohíbo a mis pacientes realizarse una mamografía antes de los cuarenta años, porque está absolutamente demostrado que la acumulación de radiación es carcinogénica. Es más, a partir de que se desarrolló la ecografía mamaria, ese es el estudio que indico a la mayoría de las mujeres. Antes de los cuarenta años, a nivel internacional, está absolutamente prohibido hacer una mamografía.*”⁽⁴²⁾

Ahora el PAP es obligatorio cada treinta meses. Pero al imponerlo anual, este proyecto propone triplicar esa frecuencia. ¿Cuántas veces habré de abrirme de piernas para poder ejercer el derecho al trabajo? Apenas se me ocurrió este pensamiento me di cuenta que la persecución del estado para controlar la salud sexual y reproductiva de las uruguayas, tendía a uniformizarnos a todas como trabajadoras sexuales. En cumplimiento de una ley específica que regula el trabajo sexual,⁽⁴³⁾ ellas deben someterse a controles en forma mensual, debido a su exposición a las enfermedades de transmisión sexual (ETS), para obtener la libreta que las habilita a ejercer la prostitución. Para ellas las ETS constituyen enfermedades ocupacionales y el carné que las habilita para trabajar, realmente es un carné de salud laboral que intenta protegerlas de las consecuencias por atender clientes que no aceptan usar preservativo.⁽⁴⁴⁾

En cambio el mío no me protege de ninguna enfermedad ocupacional que yo pueda contraer en el desempeño de mi tarea sentada casi 8 horas ante un monitor. El VDRL incluido en mi carné de salud es absurdo: jamás voy a contraer sífilis en el ejercicio de mi profesión (a menos que sea bautizado un virus informático con el nombre de esa enfermedad transmisible).

Si se aprobara este proyecto, se establecería por ley una discriminación brutal contra todas las mujeres mayores de 21 años: los hombres podrán obtener el carné de salud por dos años, mientras que nosotras sólo por uno.

No sabía cuán rápido evolucionaría esto. No sabía cómo pero debía hacer algo para abortarlo. Escribí a Pizzanelli, Gervas y Pérez Fernández.

13/10/2013: 320 firmas en AVAAZ.

Pizzanelli incrédulo me había contestado que verificaría la veracidad de este proyecto de ley en consideración.

Le había avisado a Mónica porque me preocupaba que esto alterara nuestro proceso en curso ante el TCA. Si esto se concretaba en ley, habría que recurrirla por anticonstitucional. Eso implicaría más gastos, más demoras. Era surrealista. Pero por lo menos ella disponía de artillería para destruir este disparate.

14/10/2013: 320 firmas en AVAAZ.

Hoy comenzaba otro evento pro mamografía. Abierto al público en general y coordinado por el oncólogo Dr. Álvaro Vázquez Delgado, tendrá lugar durante tres lunes consecutivos en el auditorio del complejo de las Telecomunicaciones de Antel. Su nombre es “El cáncer de mama en Uruguay: XI encuentro de actualización”.⁽⁴⁵⁾ Del programa y expositores se destacan:

- “La mamografía como test de screening” por el Dr. Gustavo Febles,
- “Alto riesgo genético para cáncer mamario” por la Dra. Lucía Delgado.

La red social LinkedIn y otras referencias en la web presentan al Dr. Álvaro Vázquez Delgado como Gerente General en COR (la clínica fundada por su padre, Tabaré Vázquez). Dicha conocida y prestigiosa empresa, no tiene presencia en la web donde contrastar esa información. El ex presidente fue el responsable de haber implantado con éxito en Uruguay el programa “un laptop por niño” en su primer gobierno. Eso promovió el despliegue de redes por parte de Antel para brindar acceso a internet a todas las escuelas del país y espacios públicos como plazas.

15/10/2013: 330 firmas en AVAAZ.

Al llegar a mi casa de trabajar, sólo me había recibido mi gata. Prendí la computadora e hice tiempo hasta que quedó operativa mientras me preparaba una merienda y satisfacía sus reclamos. Al conectarme a internet, encontré el correo electrónico de un amigo que trabaja en el parlamento, gritándome desde el asunto mismo “*poné el audio de la sesión de diputados que están tratando el tema que vos decís, ya!*”

Nunca antes había accedido a una sesión del parlamento en vivo. Tal vez debido a la aprehensión y la ansiedad que sentía porque algo malo estaba ocurriendo, no me resultó fácil llegar al link. Alcancé a ver el final del último discurso y enseguida la votación: aprobado por unanimidad el proyecto para hacer obligatorios PAP y mamografía en forma anual.

Yo había empezado a luchar contra la mamografía obligatoria cada dos años por decreto y ahora me la impondrían anual por ley.

Estaba sola en mi casa porque Jorge aún no había llegado y no tenía con quien desahogarme ni intercambiar ideas para ver cómo seguir. Me agarré la cabeza, porque no podía creer lo que acababa de “presenciar”.

¡Qué barbarie! ¡Qué retroceso en los derechos de las uruguayas! ¡Qué discriminación en pleno siglo XXI, en pleno estado de derecho! Y nadie se inmuta. ¿Quién se inmutaría si el proyecto había sido presentado por una mujer? Me sentí traicionada, desolada y abatida.

Era como si yo hubiera provocado una reacción que condujo a este resultado. Cuando llegó Jorge y le comenté, dio rienda suelta a sus sospechas de conspiración por parte de todo el corporativismo político-médico uruguayo contra mí sola.

Para que este proyecto quedara firme como ley, faltaba la aprobación por parte de la cámara de Senadores. A esa instancia llegaría luego de su consideración y aprobación en la comisión de salud de esa cámara. Había que hacer algo para que no pasara de ahí.

Desesperada porque a alguien se le ocurriera una idea que revirtiera esto, empecé a comunicar a muchos de mis contactos sobre esta novedad vergonzosa para el Uruguay. Esto provocó la adhesión en AVAAZ de Pizzanelli y Mautone.

16/10/2013: 332 firmas en AVAAZ.

Un artículo reciente de la American Cancer Association titulado “Breast Cancer Radiation May Increase Risk of Heart Disease” advertía que la radioterapia para el cáncer de mama expone a la paciente al riesgo de enfermedad cardíaca.^[32] Consulté a Gérvas y me confirmó que es conocido desde hace tiempo que el riesgo de sufrir infarto es mayor en la mujeres que reciben radioterapia en la mama izquierda que en las que la reciben en la derecha (más lejos del corazón).

Al comentarle esto a Jorge, hizo conciencia de que la radioterapia habría favorecido la ocurrencia del infarto que había matado a su padre. No fue posible probar la efectividad de la vacuna japonesa Hasumi por haber sido aplicada sobre el daño de la radioterapia.

18/10/2013: 334 firmas en AVAAZ.

Mónica había recibido la notificación del TCA por la cual desestimaba la cuestión formal interpuesta por el MSP y decretaba continuar el proceso. Así quedó habilitado el período para la presentación de la prueba.

Esto me alentaba a mantener la esperanza en una justicia independiente de los masones y de cualquier otra injerencia.

21/10/2013: 334 firmas en AVAAZ.

El sábado fue el día mundial del cáncer de mama y desde entonces las intervenciones de la campaña del lazo rosado saturaron la sociedad y los medios. Acosada por eslóganes como “una de cada 10 mujeres desarrolla cáncer de mama a lo largo de su vida” y “el cáncer de mama mata 2 mujeres por día” decidí buscar las estadísticas poblacionales y de mortalidad en Uruguay.

El eslogan “1 de cada 10 mujeres podrían desarrollar cáncer de mama a lo largo de su vida” está incompleto porque no precisa el universo en el que se verifica. Del sitio web del INE surge la información del último censo en 2011: éramos 1.708.500 uruguayas. Los nuevos diagnósticos de CM en 2010 totalizaron 1.800 casos, esto es: 1 de cada 1000 uruguayas.

Las cifras divulgadas por las autoridades correspondieron a la mortalidad por cáncer de mama (600) y la incidencia (1800). Pero en el sitio del MSP encontré los “Cuadros de Mortalidad por causa, sexo y edad, Uruguay 1992-2010” y analizando el 2010 resulta el siguiente ranking de causas de muerte de mujeres en Uruguay:

Causa de muerte	total	por día
Enfermedades del sistema circulatorio (cerebrovascular 1668, isquémicas 1205, otras del corazón 1611, otras del circulatorio 781)	5265	14
Tumores (no cáncer de mama)	2899	8
Enfermedades del sistema respiratorio (gripe y neumonía 709, otras 917)	1626	4
Enfermedades del sistema nervioso	818	2
Enfermedades del sistema digestivo	638	2
Causas externas (violentas 599, errores médicos/quirúrgicos 30)	629	2
Cáncer de mama	600	2
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas (diabetes y otras)	582	2

Salta a la vista que en Uruguay en 2010:

1) La defunción por cáncer de mama ocupa el 7º lugar. Pero si se desglosan la 1ª y la 3ª causas generales para considerar 4 particulares con más defunciones que el cáncer de mama, ésta cae al 11º lugar.

2) Las 600 defunciones por cáncer de mama constituyen el 17% del total por cáncer en general. Los otros tipos de cáncer son responsables del 83% de las muertes por cáncer.

3) Las defunciones diarias por cáncer de mama son comparables a las causadas por gripe y neumonía, enfermedades del sistema nervioso, del digestivo, por casusa externas y por enfermedades endócrinas, nutricionales y metabólicas.

4) cada día muere una mujer por cáncer de mama y 17 por otras causas.

La esperanza de vida de las uruguayas es 81 años, siempre y cuando no sucumban a la publicidad engañosa de la campaña del lazo rosado.

24/10/2013: 336 firmas en AVAAZ.

Había firmado el escrito de prueba para fundamentar mi demanda contra el MSP ante el TCA. Cuando Mónica lo presentó, folió todos los documentos: 132 en total. Ella había hecho certificar con una escribana pública toda la información que yo había obtenido en la web.

Ahora ya no podía agregar nada más. Pero la ciencia continuaría superándose y generando noticias fuera del Uruguay sin que aquí se evaluara la pertinencia de la reconsideración de las políticas superadas pero fijadas por una normativa rígida.

25/10/2013: 336 firmas en AVAAZ.

Había preparado el borrador de una carta abierta a los senadores para enviar a la prensa e intentar encender el debate sobre el proyecto aprobado en Diputados. Jorge me aplicó la censura para enfriar el texto y luego Mónica me ayudó a ajustarlo. La envié al semanario Búsqueda para ser publicada bajo el seudónimo “Maria”.

28/10/2013: 338 firmas en AVAAZ.

Había recibido una llamada de Karina Cassinelli, la química farmacéutica que me había contactado a través de la periodista del diario El País. Era la primera vez que hablábamos. Ella era una de las que había recibido mi “SOS” por el proyecto con media sanción de Diputados. Karina también quería hacer algo para tener una participación activa contra esto. Una de sus hijas es politóloga y le sugirió contactar a Mujer Y Salud Uruguay (MYSU).

MYSU es una organización no gubernamental, feminista, cuya misión es la promoción y defensa de la salud, de los derechos sexuales y reproductivos desde una perspectiva de género y generaciones. Sus áreas de acción comprenden actividades como investigación, incidencia política y capacitación en derechos para el ejercicio de una ciudadanía plena. Uno de sus objetivos es organizar a nivel nacional las campañas regionales e internacionales vinculadas a la erradicación de distintas formas de discriminación, promoción de la equidad de género y defensa de los derechos humanos. Es apoyada por organizaciones internacionales como International Women's Health Coalition, Global Fund for Women, Médicos del Mundo en Francia, el Fondo de Población de Naciones Unidas y el Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria.

Esa misma noche Karina escribió un correo electrónico a MYSU.

29/10/2013: 339 firmas en AVAAZ.

No habían pasado 24 horas y a Karina le habían contestado de MYSU. Su directora Lilián Abracinskas nos convocaba para una reunión esa misma semana.

Le avisé a Mónica de esta gestión invitándola a participar. Ella debía viajar a España la semana siguiente y tenía la agenda muy complicada. Se excusó con pena y me alentó por lo que prometía generar este encuentro.

Siendo el día nacional de lucha contra el cáncer en general, tuvo lugar una jornada en la Intendencia Municipal de Montevideo para prevenir el de mama en particular. La apertura estuvo a cargo del ex presidente de la República, Tabaré Vázquez, y contó con la participación de la exministra de Salud de su gobierno, María Julia Muñoz, actual directora de la Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer. Las autoridades municipales pertenecen al mismo partido político que el expositor.

Las expresiones de Vázquez sorprenden: *"Tenemos que lograr la obligatoriedad de estos estudios, una vez al año, para las mujeres mayores de 50 años y esto, que quede claro, no es ir contra la libertad individual".*⁽⁴⁶⁾ Un año antes había advertido que la radiación era una de las causas externas evitables del 80% de todos los cánceres. Y apenas cuatro meses atrás había patrocinado el artículo de Febles donde éste reconocía los efectos adversos de la mamografía. A sabiendas de que la radiación es carcinogénica, que el cribado mamográfico produce otros efectos adversos y en clara violación al código de ética médica que le impone el respeto a la autonomía como derecho individual, resulta incomprensible su propuesta.

Según supe después, para este día estaba agendada en el Senado la aprobación del proyecto para imponer anualmente la mamografía y el PAP, tal como lo declara Tabaré Vázquez en el video. Sin embargo eso no sucedió.

Los datos más recientes sobre el cribado mamográfico para las mujeres mayores de 50 años son los del Harding Center For Risk Literacy, organización que integra el Instituto Max Planck para el Desarrollo Humano, radicado en Berlín, Alemania. Están basados en resultados de Gøtzsche y Nielsen del 2011 y muestran que el cribado sólo aporta falsos positivos y sobrediagnósticos, sin bajar la mortalidad por cáncer en general.^[33] Cada 2000 mujeres mayores de 50 años (grupo en el cual me encuentro), de las cuales 1000 fueron mamografiadas anualmente durante 10 años, resulta:

2000 mujeres controladas durante 10 años	1000 mujeres sin mamografía	1000 mujeres con mamografía
muerres por cáncer de mama	5	4
muerres por cáncer (incluidas por cáncer de mama)	21	21
falsos positivos	-	100
sobrediagnósticos	-	5

Una de cada 1000 mujeres se salvó de morir por cáncer de mama (5-4) gracias a la mamografía, es decir 0,1%, mientras que 105 sufrieron sus efectos adversos (10,5%).

Resulta así que los daños del cribado mamográfico superan ampliamente el beneficio en más de 10 veces.

Sin embargo hay que destacar que en el grupo controlado por mamografía, la muerte menos por cáncer de mama se transformó en otra variedad de cáncer puesto que la mortalidad general se mantuvo igual en ambos grupos: 21 casos. La mujer salvada por la mamografía de morir por cáncer de mama, murió por cáncer de todos modos. ¿Cómo no desconfiar de la radiación?

La diferencia entre muertes por cáncer de mama y muertes por cáncer en general es importante porque no siempre es posible discriminar el tipo de cáncer que causó la muerte y por eso es más exacto considerar la mortalidad por cáncer en general.

30/10/2013: 340 firmas en AVAAZ.

Nos habíamos reunido en la casa de Karina para preparar la reunión en MYSU y ¡conocernos! Llevaba impreso el proyecto de ley y parte del material que había recolectado durante estos años. También el artículo de Arie en el BMJ y la imagen del portal ese día, así como la columna de Gérvas en “El Mirador” para mostrar que Uruguay era el centro de un escándalo médico mundial.

31/10/2013: 342 firmas en AVAAZ.

Había sido publicada mi primera carta en Búsqueda bajo el título “Mamografías anuales” pero en vez de la firma de “María” estaba bien identificada con mi nombre y título universitario. Cuando le avisé a Jorge, mudo se resignó.

Yo pretendía advertir del nefasto proyecto en trámite parlamentario a toda la sociedad para que opinaran todos aquellos que tuvieran algo para aportar y generar el debate público que nunca hubo sobre el tema. Presentaba datos como para que otras especialidades médicas notaran el exceso de recursos que se pretendía derivar hacia la detección precoz de los cánceres femeninos y en detrimento de otras patologías más

comunes en toda la población (mujeres y hombres), con el fin de que intervinieran en defensa de sus pacientes (presentes y futuros). También mencionaba que en los países desarrollados la mamografía se realizaba sólo con el consentimiento informado. Además citaba el trabajo de Berterretche para advertir sobre la situación antirreglamentaria de los mamógrafos y proporcionaba su link, aún disponible en el portal del MSP.

Por la tarde nos reunimos en MYSU: Lilián, Karina y yo. La reunión fue muy positiva. Lilián adhirió a nuestra iniciativa. Lo que más le impactó fue el documento de Berterretche sobre los mamógrafos. Se comprometió a establecer contactos con la comisión de salud del senado y enviarles todo el material que le habíamos llevado.

Cuando llegué a mi casa me encontré con un ejemplar del libro de Gervás y Pérez Fernández, titulado “Sano y salvo (y libre de intervenciones médicas innecesarias)”, su más reciente publicación, recibido por correo postal.

7/11/2013: 344 firmas en AVAAZ.

Mi carta en Búsqueda del jueves pasado había logrado su propósito: encender el debate sobre la política sanitaria impuesta para el cribado del cáncer de mama. Desde el espacio Ecos de cartas de lectores de El País y el de cartas de lectores de Búsqueda, el Dr. Bernardo Aizen hizo referencia a mis expresiones. Su mensaje pro mamografía apuntaba a desacreditar mis argumentos. Buscando en la web, en el portal de una empresa farmacéutica encontré varias entrevistas presentándolo a él. También encontré una noticia en El País digital con motivo del lanzamiento de un nuevo tratamiento para pacientes con cáncer de mama en la que él aparece como protagonista.⁽⁴⁷⁾ Aizen no debería debatir sobre este tema, por evidente conflicto de interés: los sobrediagnósticos de las mamografías serían sobretratados con dicho fármaco.

A continuación de la carta de Aizen en Búsqueda, había otra de la licenciada en comunicación social Laura Cerruti. Laura escribía espantada ante la novedad de que la mamografía y PAP serían obligatorios en forma anual. Ella citaba la bibliografía de la Colaboración Cochrane y las nuevas directivas de Canadá y Estados Unidos para la detección precoz del cáncer de mama siendo la frecuencia recomendada cada 2 o 3 años en vez de anual.

Destacaba el problema de los efectos adversos de la mamografía (falsos positivos y sobrediagnósticos) y advertía que por esos mismos efectos adversos el PSA había sido discontinuado para la detección precoz del cáncer de próstata en los hombres.

Además comentaba el documento de Berterretche, destacando que en San José había un mamógrafo con 35 años de servicio. Es decir: que al menos ella había llegado hasta el vínculo que yo había aportado y había leído su contenido.

También denunciaba que la explotación del miedo para persuadir a la población femenina a que se someta a la mamografía, colabora para aumentar la incidencia del cáncer de mama: cuantas más mamografías se realizan, hay más sobrediagnósticos y al ser publicitados estos índices artificialmente en ascenso, se induce a la población a someterse a más mamografías y así sucesivamente se genera una espiral ascendente de intervenciones.

Finalmente alertaba que estas políticas sanitarias deberían ser decididas según protocolos científicos y no por actores políticos con conflictos de interés. Y remataba su

carta reivindicando el respeto a la libertad de las mujeres mediante el consentimiento informado.

Ahora ya no estaba sola en el debate público porque la valiente autora de esta carta es una periodista y escritora, alguien con voz y lugar propio en los medios. Y por suerte con cerebro y coraje.

Yo no la conocía pero debía localizarla para integrar el equipo con Mónica, Karina y Lilián.

8/11/2013: 354 firmas en AVAAZ.

Había terminado de leer “Sano y salvo”, el libro de Gervas y Pérez Fernández. Si bien desde el prólogo sus autores sugieren que puede ser leído sin seguir el orden de las páginas sino al azar según los temas detallados en el índice, lo leí desde la tapa hasta la contratapa.

Recopilaba algunos de los trabajos de su autoría que había leído en el portal del Equipo CESCA, una asociación científica sin ánimo de lucro.⁽⁴⁸⁾ Pero me sorprendería con el resto, desconocido para mí. Su visión de la medicina es realmente humana y sensible.

A propósito de mi experiencia con el colesterol alto según el carné de salud uruguayo, a continuación resumo brevemente el apartado “No se mida el colesterol, ¡sea feliz!” de 12 páginas de extensión.^[34]

A partir de estudios en 1948 se había demostrado una asociación estadística entre los niveles de lípidos (el colesterol es uno de ellos) en sangre y la incidencia de enfermedad cardiovascular. Eso derivó en la formulación de una hipótesis que supone la existencia de una cadena causal entre el aumento del contenido en lípidos en plasma sanguíneo y la aparición de síntomas de dicha enfermedad. Una hipótesis es tan solo eso y por esto un factor de riesgo es tan solo una asociación estadística. Vale decir que muchas personas con colesterol alto no sufren infarto de miocardio y muchas personas que lo sufren no tienen el colesterol alto. No vale la pena medir y tratar el colesterol en personas sanas, porque su eficacia es casi nula: ni retrasa ni disminuye las muertes por infarto de miocardio.

El fármaco empleado para disminuir el colesterol es la estatina y es de los medicamentos más vendidos en el mundo, a pesar de tener importantes efectos adversos como provocar diabetes. Inicialmente se había establecido el umbral entre el colesterol normal y el patológico en 240 mg/dl. Posteriormente los expertos lo bajaron a 220 mg/dl y actualmente está en 200 mg/dl. En cada bajada, millones de personas sanas se convirtieron en pacientes consumidores de estatinas: “*Hay una relación inversa entre los niveles normales de colesterol y los dividendos de la industria farmacéutica*”.

Para indicar estatinas a una persona con supuesta hipercolesterolemia se usan tablas de riesgo, las cuales (como su nombre lo indica) permiten predecir la probabilidad de que sufra un evento cardiovascular en el futuro. Pero estas tablas de probabilidades son incorrectamente utilizadas por los médicos como tablas de decisión. Las tablas de riesgo han sido elaboradas con datos de poblaciones estudiadas a lo largo de años, como la de Framingham en Estados Unidos. Pero las poblaciones se diferencian en muchas cosas y las tablas no deben ser extrapolables entre diferentes poblaciones. Por ejemplo, en Francia la dieta incluye cantidades generosas de colesterol

y sin embargo los franceses tienen mucho menos infartos de miocardio que los estadounidenses. Por esto los franceses deberían elaborar sus propias tablas de riesgo. Pero las tablas no son objetivas y se ha demostrado que suelen tener graves fallos científicos.

Es claro entonces que presentar un factor de riesgo no es sinónimo de estar enfermo. Negar el carné de salud en base a una probabilidad, es negarle el derecho al trabajo a una persona sana y constituye un abuso.

9/11/2013: 355 firmas en AVAAZ.

Jorge había volado a España con su hijo menor para visitar al hijo mayor quien estaba instalado desde hacía tres meses en Madrid, cursando una maestría en economía en la Universidad Carlos III.

Marcelo, mi hijo menor, me acompañaría esas semanas.

13/11/2013: 356 firmas en AVAAZ.

Me había contestado Laura Cerruti por correo electrónico. Intercambiamos teléfonos y hablamos. Ya era parte del equipo.

Los medios de comunicación locales habían informado que una periodista se había hecho una mamografía en vivo y así había descubierto que tenía cáncer⁽⁴⁹⁾. El video era una actuación al estilo de la colonoscopia y del tacto rectal en vivo: otra figura mediática con notorio conflicto de interés que adhería a la promoción del terror al cáncer de mama para beneficio de la industria del cáncer.

14/11/2013: 356 firmas en AVAAZ.

Definitivamente el debate se había instalado en el espacio de cartas de lectores del semanario Búsqueda: habían sido publicadas una carta de respuesta de Aizen a Cerruti y una nueva carta mía en respuesta a la de él del jueves 7/11.

Yo empezaba aclarando que la mamografía no previene el cáncer de mama. Señalaba que no es ético brindar información en forma de porcentaje sin más datos: la mortalidad de 0,5% de muertes que al año siguiente descienda a 0,4% de muertes, se habrá reducido un 20%, pero en términos absolutos habrán sido apenas un 0,1% menos de muertes. Ante su insistencia en la misma línea que Febles sobre que nunca se comprobó un cáncer radioinducido por mamografía, remitía a la columna de Tabaré Vázquez en El Observador donde el oncólogo advertía que la radiación es una de las causas externas evitables que producen el 80% de los cánceres.

Además señalaba que mientras los médicos presentaran conductas autodestructivas como fumar, comer en exceso y/o abusar del alcohol o las drogas en lugar de velar por su salud y su vida, no son consecuentes con lo que ellos recomiendan y carecen de potestad para imponerles deberes a los demás. Ninguna autoridad sanitaria está legitimada para vulnerar los derechos individuales, en particular el derecho a la autonomía para resistir la arrogancia preventiva del Estado.

Por la tarde, Karina y yo asistimos a la 2ª reunión en MYSU con Lilián quien nos propuso iniciar la campaña de difusión.

15/11/2013: 356 firmas en AVAAZ.

Por la mañana mi mamá había sido hospitalizada. Además por la noche yo debía asistir a la última clase del último curso por este año que estaba haciendo por el diploma. Era importante para consulta de dudas antes del examen fijado para el lunes 25. No pude asistir.

16/11/2013: 356 firmas en AVAAZ.

Ecós del diario El País había publicado la misma carta de mi autoría que el semanario Búsqueda el jueves 14 impreso en papel. El debate seguía instalado en más de un medio de comunicación y de distinta tecnología.⁽⁵⁰⁾

18/11/2013: 356 firmas en AVAAZ.

Mónica me había avisado que el TCA nos había agendado las audiencias para el día 3/12: el día de mi cumpleaños. Sería un cumpleaños muy especial, por cierto.

21/11/2013: 356 firmas en AVAAZ.

Siendo jueves, el debate sobre la mamografía en Búsqueda fue reavivado gracias a la publicación de dos cartas de lectores, juntas y en este orden: Dr. Gustavo Febles y Dr. Julio De Fuentes.

En clara referencia a mi participación en los medios, sin siquiera mencionarme Febles consideraba que las personas no vinculadas a la medicina no tenían credenciales para debatir un tema. ¡Ni aunque les concerniera! Para evitar la confusión derivada de esos comentarios, él explicaba los beneficios de la mamografía “*recomendada por las sociedades científicas*”.

Recomendarla no es lo mismo que imponerla sobre los derechos individuales de las personas.

La caballerosa y tolerante carta de De Fuentes, quien firmaba como ginecólogo, contrastaba con la intransigente de Febles. Por un lado admitía explícitamente las reivindicaciones de Laura y mía a decidir sobre nuestros cuerpos y reconocía que él mismo se había planteado sobre la pertinencia de la obligatoriedad y preguntado qué pasaría si se planteaba una obligatoriedad así a los hombres. Sobre este tema, en las antípodas de Febles admitía que opinaran todos y además advertía que era obligación interesarse y participar. Por otro lado blindaba el aspecto técnico-médico del asunto, al privilegiar la opinión de los médicos, dándole la derecha a Aizen.

Sobre el carné de salud reconocía que no se le puede negar a los que fuman y que no se puede tolerar que el Estado decida nuestra dieta con el fin de evitarnos el colesterol. Planteaba la posibilidad de que un hombre se negara al tacto rectal en el supuesto que se impusiera a los hombres para obtener el carné de salud. También destacaba la incoherencia de que el estado exigiera consentimiento informado a las niñas de 12 años (para recibir la vacuna contra el HPV) pero a los 58 se las obligara a la mamografía y PAP.

Terminaba diciendo: “*Y también sigamos los médicos las mismas recomendaciones que damos a los demás desde nuestra atalaya, tal como –sabiamente- la Ingeniera nos reclama con no poca razón*”. La negrita no es mía sino del original del autor. La mayúscula en mi título universitario también es del original del autor. Su

referencia era al final de mi carta del jueves 14 donde había reprochado a los médicos por indicarnos recomendaciones que ni ellos cumplen.

Muchos de mis contactos me felicitaron por la respuesta de De Fuentes.

Yo estaba de licencia para preparar el examen que debía rendir el lunes 25 pero las cartas de Febles y De Fuentes me incitaban a seguir el debate.

24/11/2013: 356 firmas en AVAAZ.

El Congreso del partido Frente Amplio había proclamado al expresidente de la República, Tabaré Vázquez, como candidato oficial para las elecciones primarias de 2014.

25/11/2013: 356 firmas en AVAAZ.

Por la mañana mi mamá había sido dada de alta. Por la tarde me dediqué a repasar para el examen que debería rendir por la noche.

28/11/2013: 356 firmas en AVAAZ.

Antes de ir a recibir a Jorge en el aeropuerto luego de casi tres semanas de ausencia, había comprado Búsqueda. Nuevamente su espacio de cartas de lectores había hecho lugar a tres cartas sobre el debate de las mamografías anuales en este orden: Laura Cerruti, yo y Karina Cassinelli.

Laura citaba los resultados de la Cochrane en cuanto a que los supuestos beneficios de la mamografía en la reducción de la mortalidad por cáncer de mama habían sido sobredimensionados. Reiteraba las consecuencias de los sobretratamientos por sobrediagnósticos: mutilaciones por cirugía más agresiva, riesgo cardíaco por radioterapia y cáncer. Exigía que se informara a las uruguayas de forma objetiva e imparcial. Convocaba a rechazar el proyecto de ley de mamografía anual obligatoria y reclamaba la derogación del decreto que la impone bianual. Sugería que los recursos que se pensaban destinar para mamografiarnos anualmente se destinaran a renovar los mamógrafos. Y finalmente me pedía a mí que si disponía de datos actuales sobre los mamógrafos, los divulgara.

Luego seguía mi carta donde yo explicaba que no pretendía enjuiciar la idoneidad técnico-médica de los profesionales uruguayos sino que (al igual que Laura) exigía que se informara sobre todas las posiciones respecto al cribado mamográfico y no sólo la posición a favor. También destacaba que el monopolio de la mamografía impuesto por decreto impedía que las uruguayas nos beneficiáramos de otras técnicas alternativas como la termografía y la elastografía (que no usan radiación) y que estaban en uso en otros países. Esta mención me valió un contacto futuro invaluable.

Sobre el carné de salud yo señalaba la discriminación que suponía para la mayoría, la protección del derecho al trabajo que gozan los discapacitados y enfermos crónicos por la ley que reserva el 4% de las vacantes de todo el Estado para ellos.⁽⁵¹⁾ El carné de salud no incluye el test de VIH-SIDA en el análisis de sangre debido al compromiso de Uruguay con la OIT, que protege el derecho al trabajo de los portadores de VIH y pacientes de SIDA mientras se sientan bien porque eso les da el acceso a los servicios de salud para tratar su patología en la mayoría de los países. Es decir que si presento ciertas patologías, tengo derecho a trabajar y hasta tengo reservado un puesto en el Estado, pero en la presunción de padecer cáncer de mama, no puedo trabajar aún

sin manifestar síntomas que me lo impidan a menos que me someta a un diagnóstico totalmente innecesario.

Sobre la reflexión de De Fuentes acerca de si los hombres aceptarían la obligatoriedad del tacto rectal, sugería ver un “testimonio” en la web para inducir a los hombres al chequeo urológico (tal como tuvimos que soportar nosotras la mamografía “en vivo” de una comunicadora de la televisión norteamericana). Se trata de un tacto rectal “en vivo” documentado por la cadena NBC de Estados Unidos al que se habían sometido un par de figuras mediáticas: otro caso de conflicto de interés que invalida el mensaje.⁽⁵²⁾

Finalizaba reconociendo a la Unidad Académica de Bioética de la Facultad de Medicina de Universidad de la República. De esta manera hice público el debate instalado entre los académicos expertos en Bioética de la Facultad de Medicina. Destacaba su lealtad a los valores universitarios, su disposición a revisar los conocimientos una y otra vez a la luz de los nuevos descubrimientos y su compromiso con la sociedad que la apoya y le confía a sus hijos para formarlos en el ejercicio profesional basado en el respeto de los derechos individuales. Yo quería marcar el notorio contraste entre la vocación de la Universidad de la República por la superación permanente y la reticencia a aceptar los avances del conocimiento científico por parte de las autoridades, de otras instituciones académicas (como la Escuela Uruguaya de Mastología) y de sociedades científicas (como la Sociedad Uruguaya de Mastología).

La carta de Karina (que firmaba como química farmacéutica) comenzaba destacando que la mamografía no previene el cáncer. También señalaba que hasta Tabaré Vázquez advertía que la radiación es carcinogénica y por lo tanto podía provocar lo que “*paradójicamente está tratando de diagnosticar*”. Se preguntaba por qué es obligatoria sin considerar antes los factores de riesgo de cada mujer para valorar la necesidad de su realización. Resaltaba las carencias del carné de salud en cuanto a la falta de un electrocardiograma a mayores de 40, hasta ridiculizar el riesgo de padecer una falla cardíaca encubierta por mamas en perfecto estado. Citaba el derecho a la autonomía por el consentimiento informado establecido por la Ley 18.335 y reivindicaba su aplicación en este caso. Cuestionaba el derecho del Estado a obligar a una mujer a someterse a radiación por una enfermedad no transmisible como el cáncer. Denunciaba la situación injusta que padecemos las trabajadoras porque nos contraponen el derecho al trabajo y el derecho a la salud, si nos negamos a mamografiarnos por el carné de salud laboral.

3/12/2013: 356 firmas en AVAAZ.

Las audiencias transcurrieron según lo agendado por el TCA. Los cuatro testigos pasaron de a uno tomando asiento frente a un escritorio donde un administrativo disponía de una computadora y una impresora para tomar las declaraciones, imprimirlas y hacerlas firmar por el declarante. El administrativo abría el sobre que le correspondía al testigo, le hacía la pregunta y transcribía la respuesta, hasta agotar el cuestionario diseñado por Mónica. El administrativo no es un juez: su función no es improvisar preguntas según las respuestas recibidas. Los testigos podían responder cualquier cosa. Al terminar el cuestionario, el abogado del MSP podía improvisar preguntas y luego Mónica podía improvisar algunas preguntas adicionales.

Mónica, el abogado del MSP y yo, estábamos sentados en una fila detrás del testigo, todos de frente al administrativo interrogador.

Las preguntas realizadas a cada uno de los cuatro eran relativas al carné de salud estudiantil en la Universidad de la República para testimoniar sobre la radiografía de tórax obligatoria a la que tuvimos que someternos en aquellos años.

En primer lugar las tres mujeres dieron su testimonio, respaldando uno de los argumentos de mi causa: que habíamos recibido radiación diagnóstica seriada por la abreugrafía cuando éramos estudiantes. Esto pretendía demostrar que por ignorar mi carga genética, era susceptible a desarrollar cáncer por la radiación seriada de la mamografía, según el trabajo del BMJ que Gervas me había aportado y yo había incluido como prueba en el proceso.

En último lugar compareció Febles. Él negó que lo hubieran obligado a la radiografía de tórax para condicionarle la actividad curricular en la Facultad de Medicina durante la dictadura. Yo no podía creer eso. Me crucé de brazos sobre el pecho (como enchalecada con una camisa de fuerza) para contenerme y no saltarle al cuello por ¡mentir descaradamente! Poco tiempo después supe que decía la verdad.

Además a Febles se le interrogó si reconocía la autoría del artículo en el número 36 de la revista Opción Médica, a lo cual contestó afirmativamente.

Por la noche celebré mi cumpleaños 53 con mi familia en la intimidad de mi hogar.

5/12/2013: 357 firmas en AVAAZ.

MYSU había iniciado la divulgación de la campaña en AVAAZ. El logo creado por mí ocupó un lugar en su portal.⁽⁵³⁾ ¡Mi campaña tenía patrocinador!

Así MYSU se convertía en la primera institución de Uruguay en reconocer y apoyar públicamente la pertinencia de mi iniciativa.

Empezaron a llegar firmas uruguayas, por lo que tuve que levantar el tope a 1.000.

De MYSU me avisaron que había comentarios en Facebook y me sugerían contestar. Yo estaba trabajando. Desde mi smartphone empecé a leerlos y no me pude contener: tuve que contestar un par. Dejé los demás para hacerlo desde mi casa.

9/12/2013: 457 firmas en AVAAZ.

En tan sólo 4 días, adhirieron 100 firmas. Indudablemente esto se debió a la difusión de MYSU.

10/12/2013: 457 firmas en AVAAZ.

Mi hermano José había llegado para permanecer dos meses de vacaciones en Uruguay, alojado en mi casa. Él había hecho un MBA y en una de las tantas discusiones familiares sobre mi lucha contra la mamografía, me preguntó: ¿cuáles son los números? ¿Cuánto cuesta una mamografía? ¿A cuántas mujeres beneficia? ¿Quién gana? Y me incitó a investigar en ese sentido.

En el sitio web del Instituto Nacional de Estadística (INE) se informaba que en el censo de 2011 éramos 760.484 mujeres mayores de 40 años.⁽⁵⁴⁾

En el trabajo de Berterretche, constaba que entre 1998 y 2006 (antes de la obligatoriedad) se habían realizado 279.295 mamografías a mujeres entre 10 y 84 años: edades de más de un dígito (las niñas de 8 años no se habrían sometido a mamografías). Dividiendo ese total entre 9, resulta que se habían realizado un promedio de 30.700 mamografías voluntarias por año. Esto representa más de la 24ava parte del universo de 760.484 mujeres mayores de 40 años obligadas anualmente por la nueva normativa.

Berterretche clasificaba esas mamografías en normales, sospechosas y patológicas, para aportar números interesantes:

Resultados	100,00%
normales	84,50%
sospechosas	14,00%
patológicas	1,50%

Siendo 15,5% el total de diagnósticos a evaluar, resulta que las mujeres que se benefician son apenas el 10% (1,50% en 15,50%) mientras que los perjuicios ocasionados por las sospechosas, alcanzan el 90%. Uruguay se destaca por el mérito del desarrollo de la mamografía por uno de sus hijos más ilustres (Leborgne⁽⁵⁵⁾) pero supera el record mundial en la nefasta relación costo-beneficio de ese invento: 9 a 1.

Comparemos esos porcentajes aplicados al número total de mujeres mamografiadas voluntariamente antes de 2006 y a las obligadas después de 2006:

Total de mamografías al año	100,00%	30.700 voluntarias entre 1998 y 2006	760.484 obligadas a partir del proyecto I.Passada
normales	84,50%	25.941	642.609
sospechosas	14,00%	4.298	106.468
patológicas	1,50%	461	11.407

Vale decir, que de 30.700 mamografías voluntarias por año, los 4.759 (4.298+461) diagnósticos a evaluar, al multiplicarse por 24 se transformarán en 117.875 (106.468+11.407). Son por lo menos 117.875 actos médicos derivados a partir de una inocente mamografía de rutina, que podrán hacer colapsar los servicios de salud que los deberán atender. No es descabellado suponer esa situación debido a casos sonados en que el MSP no habría provisto de medicación a las pacientes de cáncer de mama y éstas tuvieron que demandarlo para obtenerla por decisión de un juez, además de por indicación médica.⁽⁵⁶⁾ Es macabro y cruel que el Estado obligue a las mujeres a jugar la carrera contra el cáncer por su diagnóstico precoz, si después no estaría en condiciones de cubrir la demanda de servicios y fármacos. Es inaceptable que siendo obligatorio el diagnóstico, la contrapartida no lo sea ni siquiera para la autoridad pública que lo impone. Y esto no contempla el tercer principio de Wilson y Jungner, por no asegurar la disponibilidad de los recursos para el tratamiento.

Welch sostiene que cuantas más veces nos sometemos a un cribado, somos más propensos a sufrir un daño. Veamos cuál es la probabilidad de sufrir un daño por el cribado mamográfico en Uruguay.

Según lo expuesto por Berterretche la probabilidad de un daño por un resultado sospechoso es 0,14. La probabilidad de no sufrir daño es el complemento a uno: $1 - 0,14 = 0,86$ que coincide con la suma de las probabilidades de los resultados normales y patológicos. La siguiente mamografía tiene las mismas probabilidades: 0,14 de sufrir un daño y 0,86 de no sufrirlo. Pero se presentan 4 casos cuya probabilidad individual es la compuesta y se calcula multiplicando la probabilidad de cada ronda:

Daño en 1ª y daño en 2ª	$0,14 \times 0,14 = 0,02$
Daño en 1ª y no daño en 2ª	$0,14 \times 0,86 = 0,12$
No daño en 1ª y daño en 2ª	$0,86 \times 0,14 = 0,12$
No daño en 1ª y no daño en 2ª	$0,86 \times 0,86 = 0,74$

Las probabilidades de los casos con daño en alguna mamografía (0,02, 0,12 y 0,12) suman 0,26 que es el complemento a 1 del caso en que no haya daño en ninguna ronda: $1 - 0,74$. Por lo tanto la probabilidad de sufrir un daño luego de 2 mamografías es mayor que la probabilidad de sufrir un daño en una mamografía: 0,26 es mayor que 0,14. Y así sucesivamente:

Mamografías	Probabilidad de daño en alguna mamografía	Probabilidad de NO daño
1	0,14	0,86
1 y 2	0,26	0,74
1, 2 y 3	0,36	0,64
1, 2, 3 y 4	0,45	0,55
1, 2, 3, 4 y 5	0,53	0,47
1, 2, 3, 4, 5 y 6	0,60	0,40
1, 2, 3, 4, 5, 6 y 7	0,65	0,35
1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 y 8	0,70	0,30
1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8 y 9	0,74	0,26
1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10	0,78	0,22

Esto significa que al someterse a la mamografía sistemática, cada mamografía aumenta el riesgo a sufrir un daño. El cribado amplifica en cada ronda los fallos de la prueba usada para detectar la patología.

No sabemos cuántos sobrediagnósticos están incluidos en el 1,50% de los resultados patológicos uruguayos reportados por Berterretche, pero mundialmente se sabe que eso es un problema considerable. Tampoco sabemos cuántos falsos negativos hay en el 84% de los resultados normales. Considerar esos dos efectos adversos junto con los falsos positivos, aumentaría la probabilidad de daño acumulado.

Se pretende mamografiar 760.481 mujeres anualmente (esto es, exponer a radiación sistemática) para evitar la muerte por cáncer de mama a alrededor de 650 uruguayas que mueren al año por esa patología: menos del 1% cada mil mujeres⁽⁵⁷⁾.

Además, el dudoso e incierto estado de los mamógrafos uruguayos sugiere que todos los resultados podrían presentar un grave problema de calidad.

Cuando los servicios oncológicos colapsen ante la avalancha de consultas por los diagnósticos derivados de la obligatoriedad, tal vez se recurra a oncólogos de Cuba para descomprimir el sistema. El gobierno de Tabaré Vázquez había incorporado oftalmólogos de ese país para intervenir quirúrgicamente sin costo de cataratas y otros problemas de visión a todas las personas de bajos recursos. Y esto había generado encendidas protestas de la corporación de los oftalmólogos.

Según las estadísticas de mortalidad disponibles en el sitio web del MSP, en 2012 murieron 33.354 compatriotas.⁽⁵⁸⁾ Si la mitad eran mujeres, la mortalidad por cáncer de mama representa el 3,9% de las muertes en mujeres (650x100/16677) que según la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer (CHLCC), está en descenso desde 1990. Entonces desde 1990 (16 años antes que la mamografía fuera obligatoria) está en ascenso el 96,1% de las muertes por otras causas.

16/12/2013: 532 firmas en AVAAZ.

Antel me había avisado por la intranet que en treinta días vencería mi carné de salud.

18/12/2013: 532 firmas en AVAAZ.

Diariamente Antel me notificaría la cuenta regresiva hasta la fecha de vencimiento del carné de salud: ayer faltaban 29 días, hoy faltan 28 días. El acoso de mi empleador no haría más que reafirmar cada día mi convicción a continuar mi lucha.

Al intentar verificar si continuaba disponible la monografía de Berterretche para facilitarle el vínculo a alguien, detecté que había sido cambiado el portal del MSP y perdí el rastro al documento. Yo siempre había sospechado que algún día sería eliminado. Y por eso mismo Mónica lo había hecho certificar con su escribana. Pero luego encontré el vínculo al viejo portal y la nueva dirección del documento. Se lo pasé a Gervas y MYSU para que modificaran la referencia a él en sus portales-

30/12/2013: 583 firmas en AVAAZ.

Buscando información sobre los efectos de la radiación, había encontrado un documento^[35] informativo sobre la ley de protección radiológica en la Academia Nacional de Medicina (ANM) del cual surgía que la dosis de radiación de una mamografía equivale a la de 300 radiografías de tórax. ¡Trescientas! Restando 52 domingos y feriados a 365 días, resulta que la dosis de una mamografía anual equivale a ¡una radiografía de tórax diaria de lunes a sábado!

Era tan impactante esta información que repasé el informe de Cabral. Según él, una mamografía equivalía a 4 radiografías de 0,1mSv cada una, es decir:

$$4 \times 0,1 \text{ mSv} = 0,4 \text{ mSv}$$

En cambio la ANM expresaba la dosis de otra manera porque consideraba cada radiografía de tórax equivalente a 0,01mSv, es decir:

$$300 \times 0,01 \text{ mSv} = 3 \text{ mSv}$$

En un caso la unidad de medida usada era 0,01mSv y en el otro, 0,1mSv (diez veces mayor). Pero la dosis de radiación total tampoco era la misma: ¿0,4 mSv ó 3 mSv? Debía dirimir esta discrepancia brutal.

Como la ley establece que la autoridad en el tema de la seguridad y protección radiológicas es la ARNR, quien podría establecer las unidades de medida es la ARNR: la ANM debería adecuarse a lo que fijara ella. Escribí a la ANM aportando el informe de Cabral y sugiriendo que podía haber un error. La fecha no era muy propicia porque a un día de terminar el año y que medio Uruguay se fuera de licencia, no era probable que me contestaran pronto. Por lo menos recibí un acuse de recibo.

3/1/2014: 587 firmas en AVAAZ.

Aprontándome para el trámite del carné de salud que estaba dejando para último momento en marzo, había visto a mi médico de medicina general para pedirle los análisis de sangre y orina completos, como me había sugerido el médico que me había extendido el certificado de que estaba en tratamiento por la hipercolesterolemia para el carné anterior.

Además le solicité la constancia de que estaba bajo control, por si nuevamente me condicionaban la entrega del carné contra su presentación.

4/1/2014: 587 firmas en AVAAZ.

Unos meses atrás, una persona había hecho una denuncia ante la autoridad sanitaria por haber sufrido una intoxicación hepática al ingerir un producto homeopático. Se desató una polémica en torno a un medicamento producido con plantas y usado por pacientes oncológicos. Se comercializaba como gotas GS (gotas Siqueira, nombre de su creador, un veterinario⁽⁵⁹⁾). Primero las autoridades las declararon tóxicas y ordenaron retirarlas del mercado.⁽⁶⁰⁾ Pero más de 50.000 pacientes en tratamiento con ellas, habían manifestado su rechazo a la medida. A los pocos días las mismas autoridades debieron admitir su inocuidad en ratas.

Por decreto se había establecido que la quimioterapia y la radioterapia serán gratuitos. Ya no se deberá pagar tickets (copagos) por ellas.⁽⁶¹⁾ Esto desestimulará las terapias alternativas (como la vacuna Hasumi, las gotas GS y cualquier otra) entre la gente de medios y bajos recursos económicos. Porque esa gente no estará en condiciones de decidir por una solución por la que deberá pagar, cuando otras se le ofrecen sin costo.

8/1/2014: 589 firmas en AVAAZ.

Hoy había sido mi último día de trabajo porque mañana comenzaría la licencia anual. La intranet de Antel me avisó que estoy a seis días del vencimiento del carné de salud.

9/1/2014: 589 firmas en AVAAZ.

Un amigo me había sugerido la lectura de un libro: “Testing treatments”^[36]. Lo encontré en un portal de donde pude descargar la versión en español: “Cómo se prueban los tratamientos: una mejor investigación para una mejor atención de salud”. Es un

excelente texto de divulgación sobre los métodos, los usos y la importancia de las pruebas imparciales de productos médicos.

Tenía un capítulo dedicado a los cribados. Yo buscaba el protocolo por el cual una técnica como la mamografía, era aceptada como válida. El libro no me respondió eso. Pero de todos modos decidí escribir a sus cuatro autores de la última versión en inglés, para que me facilitaran pistas. Ellos eran: Imogen Evans (doctora en medicina), Hazel Thornton (paciente y defensora independiente de la calidad en la investigación y la atención sanitaria), Iain Chalmers (investigador de los servicios de salud y fundador de la Colaboración Cochrane) y Paul Glasziou (médico general e investigador).

10/1/2014: 594 firmas en AVAAZ.

Ya estábamos en Jaureguiberry para casi tres semanas de vacaciones con Jorge y la gata.

Me contestaron los cuatro autores. Hazel Thornton se solidarizó conmigo y entablamos una relación muy fluída. Ella no es médico, sino una paciente que como yo, se preocupó mucho por las consecuencias que le deparó una inofensiva mamografía de control. Ella no la sufrió obligada, sino que fue invitada a realizársela cuando tenía 57 años. El resultado reveló que tenía un carcinoma ductal in situ (CDIS). En aquella época se consideraba un precursor del cáncer y que debía ser tratado. Por eso ella se sometió a una cirugía para extraerlo y luego a un tratamiento con tamoxifeno. Cuando experimentó sus efectos adversos, dejó de tomarlo. Y ahí se dio cuenta de que nunca le habían explicado nada, ni siquiera advertido de que esto podía pasar. Y entonces se dispuso a investigar. Hoy, con casi 80 años, ella es una abanderada por los derechos de las personas para que se les brinde toda la información para decidir sobre sí mismas en vez de que otros decidan por ellas. Eso le mereció el título “Hon. DSc., honor degree in science” de la Universidad de Leicester.⁽⁶²⁾

Ella me sugirió más personas y organizaciones para contactar. Además me avisaba que en el artículo de Arie había un par de comentarios de lectores del BMJ. Ella aportó el tercero, al final del cual incluyó el vínculo a AVAAZ convocando a toda la comunidad médica internacional a adherir. Es decir, que a partir de ahora, el BMJ convocaba a los médicos del mundo a adherir a la campaña para revertir en Uruguay una disposición infame contra las mujeres trabajadoras que ni los médicos uruguayos cuestionaban.

12/1/2014: 594 firmas en AVAAZ.

Había preguntado a Gervas si en los programas de cribado mamográfico alguien había medido:

1. cuántas mujeres diagnosticadas con falsos positivos posteriormente resultaron diagnosticadas con un positivo real.
2. Y de éstas, cuántas luego murieron de cáncer de mama.

Esto mostraría las fallas de la mamografía y que se podrían relacionar con la radiación sumada a la angustia derivada del primer diagnóstico para desencadenar la enfermedad.

Él me contestó: “técnicamente la primera pregunta sería re formulada así: ¿cuántos de los cánceres de intervalo habían sido falsos positivos en alguna mamografía previa de cribado?”

Gracias a esa guía, encontré un trabajo antiguo pero que confirmaba mi suposición de que una vez obtenido el falso positivo, muchas mujeres no vuelven.^[37] Peor aún, mostraba que esas mujeres están más predispuestas a desarrollar un cáncer de intervalo.

Otro más nuevo reportaba el mismo efecto negativo de los falsos positivos en la fidelidad al programa.^[38] La deserción se explica por los efectos psicológicos que sufre una mujer en el caso de un falso positivo debido a los chequeos para descartar o confirmar el diagnóstico inicial.

Respecto a mi segunda pregunta, había datos contradictorios.^[39]

En definitiva, los ensayos publicados que sólo apuntan a demostrar los beneficios de la mamografía, esconden los casos fallidos que van dejando por el camino vidas destruídas.

13/1/2014: 596 firmas en AVAAZ.

Thornton había firmado en AVAAZ y junto a la de ella, se habían agregado más firmas inglesas, como la de Michael Baum, profesor emérito de la University College London y autor de “Los daños del cribado de cáncer de mama superan a los beneficios, si se incluye la muerte causada por el tratamiento”^[40].

Además ella se había comunicado con la gente de Sense About Science quienes reconocieron que la campaña de recolección de firmas era una excelente idea y le preguntaban otros detalles del problema en Uruguay, para tratar de aportar ideas. Sense About Science es una fundación benéfica que trabaja con científicos y público para dar sentido a la ciencia y la evidencia en la discusión pública.⁽⁶³⁾

14/1/2014: 600 firmas en AVAAZ.

Las adhesiones habían llegado a un nuevo mojón, gracias a la de Peter C.Gøtzsche. Karsten Juhl Jørgensen, co autor de Gøtzsche en “Los beneficios y daños del cribado mamográfico”^[41], también adhirió con su firma.

15/1/2014: 604 firmas en AVAAZ.

Hoy había vencido mi carné de salud. Fui notificada mediante un correo automático de la gerencia de Recursos Humanos, que disponía de 60 días para presentar otro, esto es, hasta el 16 de marzo. Un aviso automático no tiene nada de humano y en mi caso que por lo menos no había faltado a trabajar por enfermedad desde el carné anterior, no tiene sentido.

Mi jefe había recibido la misma comunicación y me la reenvió.

Una semana antes de ese plazo iré a tramitarlo. De esta manera prolongaré casi dos meses los seis por los que me lo expidieron en julio. Pero durante estos dos meses deberé soportar el acoso diario de mi empleador por estar en falta con este requisito.

16/1/2014: 608 firmas en AVAAZ.

En la tertulia de radio El Espectador cuatro mujeres habían debatido sobre la vacuna del HPV. Una de ellas, la periodista Florencia Pereira había mencionado al pasar la polémica en Búsqueda porque "una mujer no acepta hacerse la mamografía". El debate sobre la mamografía tímidamente asomaba en radio.

Thornton me había reenviado un correo electrónico de la obstetra Dra. Susan Bewley quien a su vez había invitado a firmar en AVAAZ a alguien que le había contestado con un aporte imperdible: Elizabeth Prochaska le pedía que si me conocía, me avisara que se ponía a mis órdenes para acudir a la Convención por la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW en inglés), dependiente de ONU porque esa comisión interpreta que el consentimiento informado se debe usar para todos los procedimientos médicos en las mujeres.

Ya no era necesario que yo contactara gente sino que la gente me contactaba a mí, porque mi causa había adquirido una dimensión mundial.

Este aporte me sacaba nuevamente del contexto local, como antes me había pasado con la Declaración de Unesco sobre Bioética y Derechos Humanos. Asalté la web para investigar sobre esa comisión y descubrí que Uruguay la integra desde 1981. Investigué el remitente que me proponía eso: Elizabeth Prochaska de MatrixLaw.⁽⁶⁴⁾ Era un bufete de abogados del Reino Unido.

El mismo día respondí a Prochaska agradeciéndole por su interés en mi situación y aceptando su consejo y ayuda. Yo no sabía cómo ni dónde obtendría recursos para iniciar esa gestión ante la ONU para denunciar a mi país por no cumplir su compromiso con la CEDAW, pero de alguna manera se allanaría el camino. Si el TCA fallara en mi contra, no estará todo perdido. Tenía una instancia posterior: ante un organismo internacional.

17/1/2014: 611 firmas en AVAAZ.

Publicada con fecha de hoy, la Directiva 2013/59/EURATOM^[42] del 5/12/2013 tiene por finalidad regular las normas de seguridad básicas para la protección contra los peligros derivados de la exposición a radiaciones ionizantes.

Establece para la Comunidad Europea que *“Los Estados miembros fijarán en 1 mSv (un milisievert) por año el límite de la dosis efectiva para la exposición poblacional”* y propone requisitos más estrictos en cuanto *“a la información que debe proporcionarse a los pacientes, el registro y la notificación de las dosis de los procedimientos médicos, el uso de niveles de referencia para diagnóstico y la disponibilidad de dispositivos indicadores de dosis”*.

Además, entre los considerandos consta que *“En la práctica veterinaria, está aumentando el uso de radiaciones ionizantes para obtención de imágenes, a menudo con equipos de segunda mano procedentes del sector médico”*. Por eso esta directiva regula también las radiaciones que reciben los acompañantes de los animales. Vale decir que los mamógrafos adquiridos de segunda mano a los que se exponen las uruguayas, servirían en origen para ser usados con fines veterinarios. No me imagino a mi gata mientras posa atrapada entre las prensas de un mamógrafo.

19/1/2014: 612 firmas en AVAAZ.

Gérvas me había alentado a escribir para dar testimonio de esta experiencia. Hoy me dediqué a ordenar los más de tres mil correos electrónicos que intercambié sobre este tema durante los dos últimos años, para a partir de ellos, intentar eso. No me imaginaba escribir sobre una historia que ni tenía final cierto, pero haría el intento. Tampoco se me ocurría cómo escribir sobre un tema tan árido y ajeno al común de la gente en el cual yo me había entrometido, para que resultara de interés a esa gente.

Adhirieron tres nuevas firmas en 24 horas. Destaco la de la Dra. Imogen Evans, co autora de “Testing treatments”, quien además me escribió para felicitarme “*por haber encarado esta inmensa tarea tan importante*”. Y la de Susan Bewley, quien también me escribió para alentarme porque “*no sólo las uruguayas sino las mujeres de todo el mundo se beneficiarán de la exposición de este comportamiento coercitivo*”.

21/1/2014: 615 firmas en AVAAZ.

Thornton me había avisado que el BMJ había publicado una carta suya titulada “Terminar con la detección obligatoria del cáncer de mama en Uruguay”.^[43] Señalaba que desde el artículo de Arie de un año atrás, la situación se mantenía incambiada para las uruguayas. Al final de la misma había incluido el vínculo a la campaña en AVAAZ e instando a “*En nuestra comunidad médica internacional, sin duda algo se puede hacer para poner fin a esta situación inaceptable*”.

Es decir: una vez más desde el BMJ se convocaba a revertir la situación anticientífica y antiética del Uruguay.

23/1/2014: 622 firmas en AVAAZ.

Había recibido la respuesta de Prochaska: la mamografía obligatoria en Uruguay puede considerarse violatoria del artículo 12 de los principios de la CEDAW.⁽⁶⁵⁾ Me advertía que esa organización recibía denuncias que hubieran agotado las vías propias del país y que su consideración podía demorar 18 meses o más.

Se disculpó por demorar en contestarme porque estaba a una semana de parir pero se ponía a disposición para lo que pudiera ayudar. Me sugería que contactara algún profesional de mi país especializado en derechos humanos o una ONG que se dedicara a temas relacionados con la mujer. Esa ONG era MYSU. Y la profesional que me defendía, Mónica Cardoso Díaz, era una reconocida especialista en temas de género.

Le respondí relatándole toda la secuencia formal que yo había encarado desde 2012, para que estuviera al tanto del grado de avance del proceso.

En el sitio de ONU-mujeres encontré varios informes recientes de nuestro país ante ese organismo con los avances en materia de género.^[44] El más reciente identificado como CEDAW/C/URY/7 y presentado el 21/6/2007, combinaba los 4 últimos reportes periódicos. El formato seguía el orden del articulado de la convención, detallando los avances realizados para cada uno. Como muestra del cumplimiento del artículo 12, se especificaban la ordenanza que garantizaba la gratuidad de PAP y mamografía, la ley que otorgaba el día de licencia paga para realizarlos pero se omitía citar el decreto por el que nos los impusieron compulsivamente. La fuente de este reporte fue el informe realizado por el Instituto Nacional de las Mujeres.⁽⁶⁶⁾

24/1/2014: 623 firmas en AVAAZ.

Una noticia de prensa anunciaba que Uruguay había resultado electo por aclamación para ejercer la presidencia durante el año 2014 de ONU-mujeres: “*El desempeño de la función recaerá en el representante permanente de nuestro país ante las Naciones Unidas, embajador Gonzalo Koncke. Se entiende que la elección del Uruguay va en línea con las políticas nacionales en materia de género y empoderamiento de las mujeres, a la vez que constituye una distinción para nuestro país por tratarse de la primera vez que la presidencia de la Junta Ejecutiva es ejercida por un representante de la región latinoamericana y caribeña.*”⁽⁶⁷⁾ ¿Cómo procesaría ONU-mujeres siendo presidida por un uruguayo, la denuncia de una compatriota por violentar su país los principios de la CEDAW? ¿Cuáles serían las consecuencias para Uruguay?

25/1/2014: 624 firmas en AVAAZ.

Luego de tres semanas de descanso en la playa, ya estábamos mudados de regreso en Montevideo con la gata.

26/1/2014: 624 firmas en AVAAZ.

Yo le había escrito a la autora de un artículo en el periódico inglés The Guardian titulado “Los pacientes se merecen la verdad: los chequeos pueden hacer más daño que bien”.⁽⁶⁸⁾ En ese artículo la Dra. Margaret McCartney focalizaba la atención en el cribado mamográfico y su alta tasa de sobrediagnósticos. Me contestó diciéndome que había escuchado hablar mucho de mí. También me aconsejaba recurrir a un abogado experto en derechos humanos de mi país y contactar a Gøtzsche.

Ella adhirió con su firma en AVAAZ.

27/1/2014: 624 firmas en AVAAZ.

Me había escrito Thornton avisándome que una pediatra uruguaya se había comunicado con ella y me pedía autorización para pasarle mi correo electrónico. Su nombre era Stella Marys Cabeza. Esta experiencia de conectar con gente de mi país a través de un contacto del otro lado del planeta, es una de las características de esta historia.

A dos años de haber empezado una lucha en solitario, ella fue la tercera profesional de la medicina uruguaya luego de Pizzanelli y Mautone, en apoyar la campaña en AVAAZ.

Me contestó Miguel Jara desde España, quien había difundido la campaña en AVAAZ desde su sitio web.⁽⁶⁹⁾ Era otra referencia en Europa sobre la barbarie de la mamografía obligatoria para las trabajadoras uruguayas.

28/1/2014: 633 firmas en AVAAZ.

Había contactado a la Dra. Iona Heath. Ella había escrito el prólogo del libro de Gøtzsche que yo había leído. Me adjuntaba un artículo de su autoría del 2009 titulado “No es equivocado decir NO: ¿Por qué a las mujeres sólo les informan los beneficios del cribado de mama y ninguno de los posibles daños?”^[45].

Ella adhirió con su firma en AVAAZ.

30/1/2014: 639 firmas en AVAAZ.

Me había reintegrado a trabajar en Antel. No volvía de una licencia médica. Volvía renovada de la licencia anual, completamente saludable y dispuesta a retomar las responsabilidades habituales. Pero la intranet me recibió con su impertinente aviso del carné de salud vencido y la advertencia del plazo que me otorgaba para presentar el nuevo.

Gérvas y Thornton me facilitaron el vínculo a un artículo del New York Times titulado “Nos estamos regalando cáncer” donde una cardióloga y una radióloga alertaban sobre la sobredosis de radiación médica que podría ser la causa del aumento de casos de cáncer en el mundo.^[46] Era una noticia en los mismísimos términos que el Dr. Tchekmedyian había reportado tres años antes en Búsqueda: ahora con la referencia a estudios recientes que confirmaban su advertencia de entonces.

4/2/2014: 639 firmas en AVAAZ.

Hoy, día mundial contra el cáncer, toda la prensa local se había hecho eco del informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre el “Reporte Mundial sobre Cáncer, 2014”, donde constan las cifras aportadas por todos los países, incluido Uruguay. Las autoridades locales alertan que Uruguay está entre los países con peores indicadores a nivel mundial en cuanto a prevalencia y fallecimientos por cáncer pero esta información no se puede contrastar porque no existen datos públicos actualizados sobre causas de muerte por patología, sexo y franja etaria en nuestro país.

El mensaje es para convocar a “*un mayor compromiso en la prevención y detección temprana, para enfrentar el alarmante incremento de la carga que representa el cáncer a nivel global*”. Habiendo otras variedades de cáncer y con pronósticos realmente pesimistas, las recomendaciones divulgadas por los medios de comunicación son casi exclusivamente para detectar los femeninos: el de mama, cuya mortalidad está en descenso y el de cuello uterino, que es realmente muy poco común.

Según los datos del último censo en 2011 disponibles en el INE, en el Uruguay hay más mujeres que hombres. La esperanza de vida al nacer de las uruguayas es 81 años mientras que la de los hombres es 73.⁽⁷⁰⁾ Si se prioriza la detección temprana de los cánceres femeninos por sobre los masculinos, esa brecha se ampliará y en consecuencia nos condenarán a las mujeres a sobrevivir más años de viudez. Los hombres de Uruguay son ciudadanos de segunda, por no tener la posibilidad de vivir a la par que nosotras.

7/2/2014: 644 firmas en AVAAZ.

Tres días después, aún resonaban los ecos del reporte mundial sobre cáncer en todos los medios de comunicación locales.

Radio El Espectador había entrevistado al Dr. Alvaro Luongo en su calidad de director del Instituto Nacional del Cáncer (INCA). Comentó los datos de la OMS sobre la situación de Uruguay en el mundo respecto al cáncer. Reconoció que el cáncer de pulmón estaba descendiendo en los hombres mientras aumentaba en las mujeres y agregó: “*se mueren más mujeres de cáncer de pulmón que de cáncer de cuello de útero*”. Y entre otras cosas dijo: “*Hay que tener cuidado con esas campañas inversas*

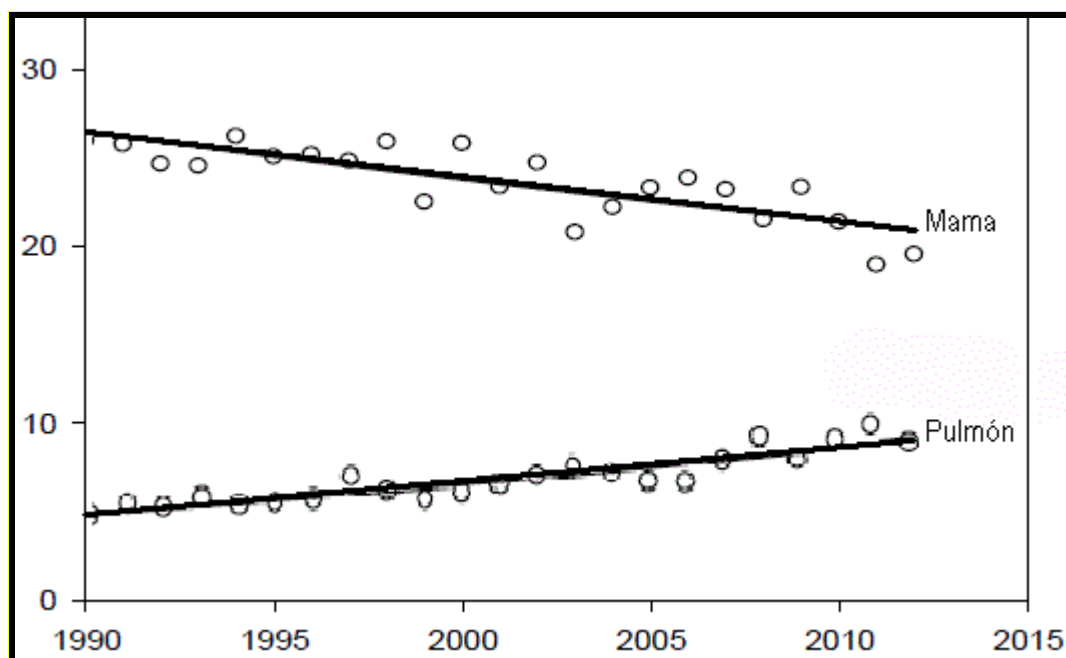
que han salido en la prensa de que no hay que hacerse mamografías. ¡Es un disparate grande como una casa!”.⁽⁷¹⁾ Sin nombrarme, me desautorizaba por promover en un país democrático el debate público de un tema de interés para la mitad de su población.

El aumento del cáncer de pulmón en mujeres es atribuido al aumento del tabaquismo. Sin embargo en Uruguay desde 2005, la nueva reglamentación anti tabaco (tan estricta y severa que le mereció una demanda internacional de Philip Morris) promovió un descenso muy significativo de siete puntos porcentuales absolutos, lo cual equivale a que unas 150.000 personas han abandonado el consumo.⁽⁷²⁾ Entre ellas, cuento a una compañera de trabajo de Antel que aún habiendo dejado de fumar, murió de cáncer pocos años después. No de pulmón sino de vejiga.

Los dos pulmones están detrás de las dos mamas y delante del corazón. Si existe evidencia de que la radiación puede producir isquemia cardíaca, los pulmones no se salvan de los efectos adversos de la radiación en las mamas por la mamografía. Las mujeres que mueren de cáncer de pulmón no necesariamente son fumadoras. Y muchas fumadoras mueren por otras causas. Es que el tabaquismo no es condición necesaria ni suficiente para morir de cáncer de pulmón. Tal vez por esto haya tantos médicos fumadores.

El siguiente gráfico compone las dos gráficas en el apéndice para mostrar la evolución de la mortalidad por cáncer de mama y de pulmón en mujeres desde 1990 en Uruguay. La mamografía como estrategia para disminuir la mortalidad de una patología que ya estaba en descenso sólo sirve a un mensaje propagandístico para engañar a un público desprevenido por desinformado. Además siendo obligatoria desde 2006 es evidente que no participó en el descenso de la mortalidad desde 1990.

MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA Y PULMÓN EN MUJERES, URUGUAY 1990-2012



El cáncer de mama es el único de todas las variedades de cáncer cuya detección precoz se investiga con un agente carcinogénico: la radiación ionizante. Una de las pruebas diagnósticas que se desaconseja en la actualidad es la radiografía de tórax

preoperatoria. Así está indicado desde el año 2000 en la Guía de Protección Radiológica nro 118 de la Comisión Europea^[47] y divulgado por Academia Nacional de Medicina del Uruguay como “Guía de recomendaciones para la correcta solicitud de pruebas de diagnóstico por imagen”, en nombre de la Sociedad Argentina de Radiología, cuyo coordinador es el Dr. Alfredo Buzzi.^[48]

Si se desestima una prueba radiológica a órganos internos (protegidos y ocultos) como los pulmones para una eventual intervención quirúrgica en cualquier parte del cuerpo, ¿cómo puedo aceptar la radiación sistemática a dos glándulas externas (palpables) sin desconfiar de su eficacia?

8/2/2014: 654 firmas en AVAAZ.

Mientras desayunaba y abría el correo electrónico, encontré los de Thornton y Gervas notificándome de la novedad en Suiza: se cancelaban todos los programas de cribado mamográfico en proyecto. Y a los que estaban en curso, se les fijaría un plazo para finalizarlos. Suiza es el primer país del mundo en discontinuar los programas de cribado mamográfico.

La recomendación provenía de un equipo independiente que había evaluado todo el conocimiento disponible al momento. El equipo multidisciplinario encabezado por Nikola Biller-Andorno que elaboró el informe es contundente.^[49] Señalaba que la controversia mundial actual se basa en nuevos análisis de los mismos ensayos ya obsoletos: el primero se había iniciado hace más de 50 años en la ciudad de Nueva York y el último en 1991 en el Reino Unido. Ningún ensayo se había iniciado en la era de los nuevos tratamientos del cáncer de mama, los cuales han mejorado dramáticamente el pronóstico de las mujeres con esa patología. Destacaban que los beneficios no se pueden considerar mayores que los daños debido a la cantidad de sobrediagnósticos.

Ningún medio local informó sobre esta novedad. Es que esa noticia alejaba al Uruguay aún más de haber sido considerado alguna vez “la Suiza de América”: mientras ellos descartaban el cribado mamográfico de participación voluntaria, nosotros estábamos modificando normativa vigente que lo había impuesto obligatorio cada dos años a las trabajadoras mayores de 40 años, para exigirlo en forma anual a TODAS las uruguayas mayores de 40 años (trabajadoras, desocupadas y estudiantes). La Suiza europea había hecho realidad el pronóstico realizado por una ciudadana de la ex Suiza de América.

9/2/2014: 658 firmas en AVAAZ.

Desde su columna semanal de El Mirador, Gervas había publicado una extensa nota en forma de entrevista sobre mí. Se titulaba “La lucha contra las mamografías obligatorias y por los derechos humanos. Ana Rosengurtt, de Uruguay”. Otra vez nuestro país quedó expuesto ante el mundo por discriminar a sus mujeres, sometiéndolas a una práctica insostenible científicamente y reprobable desde el punto de vista ético.^[50]

A partir de ella yo contactaría varias uruguayas.

11/2/2014: 683 firmas en AVAAZ.

En el mismo lugar donde estaba la entrevista a Luongo de hace cuatro días en el sitio web de Radio El Espectador,⁽⁷³⁾ había anunciada la publicación en el BMJ de un reporte canadiense con los resultados de 25 años de seguimiento de la incidencia y la mortalidad por cáncer de mama a casi 90.000 mujeres en dos grupos: uno seguido con mamografía y el de control sin mamografía.

Las conclusiones de ese trabajo son contundentes: la mortalidad por cáncer de mama disminuyó tanto en el grupo de mujeres controladas con mamografía como en el grupo controlado sin mamografía, por lo que esa disminución se debió a los nuevos tratamientos, que aplicados en mujeres diagnosticadas por mamografía (tumores no palpables) y a mujeres diagnosticadas en consulta clínica (tumores palpables) son efectivos, no importando la técnica de diagnóstico utilizada ni el tamaño del tumor.^[51]

Esto significa que la mamografía no participa de la reducción en la mortalidad del cáncer de mama y que ésta habría descendido aunque no se hubieran realizado las mamografías en el grupo controlado por esa técnica. Es exactamente la misma conclusión que la uruguaya Berterretche había reportado en 2008 desde Uruguay.

El reporte canadiense finalizaba advirtiendo que estos resultados pueden no ser extrapolables a todos los países por lo que recomiendan a los gobiernos que revisen sus programas de mamografías dentro de sus estrategias nacionales para combatir el cáncer de mama. Pero esto en Uruguay será imposible mientras la mamografía sea obligatoria: es inviable disponer de un grupo de control sin mamografía para sacar conclusiones de su efectividad en nuestra población. Ningún estudio uruguayo que se precie de científico podrá ponerse a la altura de los estudios serios al no poder contar con dos grupos de iguales características para comparar el efecto de la mamografía aplicada a uno de ellos contra el grupo al que no se la aplicó.

El único resultado uruguayo serio hasta el momento es el de Berterretche por ser anterior a la obligatoriedad: en 2008 ella había reportado que el descenso de la mortalidad de las uruguayas por cáncer de mama no estaba asociado al diagnóstico precoz por cribado mamográfico.

Más grave aún es el hecho de que la obligatoriedad uruguaya no es objetada por ningún comité de bioética (por eludir el consentimiento informado) en notorio contraste con el estudio canadiense, que reportaba haber recabado el de cada una de las casi 90.000 mujeres cribadas, con y sin mamografía. El consentimiento informado fue establecido en Uruguay por Ley 18.335 para que toda persona en ejercicio de su autonomía, antes de someterse libremente a cualquier procedimiento médico o de investigación, otorgue en función de una decisión personal. Sin embargo a las ciudadanas que conocíamos e invocábamos la ley, se nos negaba el derecho a su efecto.

Un estudio poblacional realizado en el marco de una imposición violatoria de los derechos individuales, sería impresentable ante cualquier foro médico internacional.

14:2/2014: 691 firmas en AVAAZ.

Antel me reiteraba a mi correo corporativo que mi carné estaba vencido desde hacía un mes y disponía de 30 días para presentar uno vigente, de lo contrario no podría ingresar a trabajar, generando inasistencias con el correspondiente descuento en el salario.

En el sitio web de la Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información (AGESIC) dependiente de la Presidencia de la República había encontrado un proyecto de gobierno abierto que pretende implantar el carné de salud laboral electrónico a nivel nacional.⁽⁷⁴⁾ Se crearía un *“banco de datos centralizado con todos los carnés de salud laborales, el cual permitiría a las empresas que contratan trabajadores, a las empresas que lo otorgan, a los ciudadanos y al MSP consultar la información actualizada, evitaría duplicaciones de exámenes por pérdida del carné y permitiría al MSP contar con un sistema de información adecuado para la supervisión y control de todo el proceso”*.

Además permitiría contar con información estadística y epidemiológica de gran valor, *“para realizar el diagnóstico de salud de la población trabajadora, y el seguimiento de los problemas de salud detectados en forma oportuna”*. Si bien no se aclaraba si la información estaría dissociada para garantizar la privacidad de los datos personales, las metas fijadas inducen a suponer que estaría bien identificada, porque el seguimiento de problemas de salud detectados en personas obligadas a ello por el carné de salud laboral, no se hace con datos anónimos.

El paciente se desnuda en cuerpo y alma en la consulta, más intensa y profundamente que en cualquier otra situación vital. Por ello el acto clínico es siempre sagrado y el acceso al registro en la historia clínica es una violación de lo íntimo, pues lo que allí consta se ha manifestado a un médico de confianza, en un momento especial y con un fin concreto.

La información del carné de salud es parte de esa historia clínica y ésta es propiedad de su titular por la Ley 18.335. Sin su consentimiento, no se puede divulgar nada de ella. Este proyecto no respetaría ese derecho, así como tampoco el de la autodeterminación para rechazar cualquier diagnóstico o tratamiento.

El control de la sociedad sobre los ciudadanos no sólo se ejerce sobre la conciencia o la ideología, sino también sobre el cuerpo. Transforma individuos sanos en médico-dependientes y fármaco-adictos. Es el biopoder en acción⁻¹⁰⁻ y la salud pública sirve de excusa para la biopolítica.⁽⁷⁵⁾

15/2/2014: 720 firmas en AVAAZ.

El artículo del BMJ sobre el reporte canadiense estaba recibiendo comentarios de expertos: algunos en contra y otros a favor. Hasta su autor participó del debate para defender sus conclusiones ante los detractores.

El sitio habilitaba a votar pulsando “me gusta” por cada comentario. La cantidad de “me gusta” aumentaba diariamente. Era pareja entre algunos comentarios antagónicos.

La controversia estaba servida una vez más. Uno de los comentarios citaba la reciente decisión de Suiza.

Yo debería participar y citar la conclusión de Beterretche del 2008 para sumar al desprestigio del cribado mamográfico. Pero sería una fanfarroneada: el mismo BMJ había reportado que era obligatorio en mi país; no sería creíble que esa situación se mantuviera por la mismísima autoridad sanitaria uruguaya que publicaba ese trabajo en donde se reconocía la ineffectividad de la mamografía.

Otro de los comentarios citaba un trabajo de Brodersen, Jørgensen y Gøtzsche el cual concluye que por ser baja la tasa de mortalidad de cáncer de mama sin cribado, su beneficio es muy menor.^[52] Sólo un demagogo es capaz de proponer una estrategia de combate a un problema en extinción: festejará como propio un éxito asegurado.

16/2/2014: 730 firmas en AVAAZ.

Cornelia Baines, co autora del reciente reporte canadiense, firmó en AVAAZ.

18/2/2014: 745 firmas en AVAAZ.

No sé qué había escuchado yo en la radio sobre la protección de animales, que me llevó a descubrir en el sitio del parlamento la Ley 18.611 sobre utilización de animales en actividades de experimentación, docencia e investigación científica. Cuando la leí, era de noche y de la furia que me provocó, me costó dormir: algo muy inusual en mí.

Esa ley creó una comisión que deberá “garantizar el transporte humanitario” y “muerte por medios humanitarios o eutanasia” de esos animales, entre otros objetivos tendientes a evitarles el sufrimiento. Además, cada institución que disponga de animales en estas condiciones deberá constituir una “Comisión de Ética en el Uso de Animales” cuyo cometido será velar por el estricto cumplimiento de estas disposiciones y deberá estar integrada por un médico veterinario, un docente (o investigador) y un representante de la comunidad local quienes estarán obligados a guardar la confidencialidad de los procedimientos.

¿Cómo es posible que el Estado proteja animales con consideraciones éticas y “humanitarias” y desconozca los derechos de las ciudadanas con voz propia y capacidad de decidir por sí mismas sobre su destino y amparadas en normativa vigente?

¿Cómo es posible que los procedimientos en animales gocen de confidencialidad y los de las personas se publiquen en una base de datos centralizada sin ni siquiera su consentimiento como impone la ley?

Mi gata puede gozar de derechos humanitarios pero yo no puedo ejercerlos como humana y ciudadana sujeto de derechos.

19/2/2014: 753 firmas en AVAAZ.

Había sido aceptado mi primer comentario al artículo del BMJ sobre el ensayo canadiense.

El foco era mi cuestionamiento a la validez del uso de radiación para detectar cáncer en mujeres asintomáticas: si los expertos no pueden distinguir entre un cáncer natural y uno radioinducido ¿cómo pueden afirmar que una mamografía positiva equivale a la detección precoz de un cáncer natural y no a uno radioinducido por acumulación de la radiación de toda la serie? Yo señalaba que la técnica puede provocar lo que pretende detectar y que por ello vicia el resultado, como hacer un exudado con instrumental sin esterilizar. Es plantar una prueba para incriminar a un inocente.

Al pie de mi firma, declaraba como conflicto de interés, que ese estudio era obligatorio en mi país para las mujeres trabajadoras de mi edad.⁽⁷⁶⁾

24/2/2014: 788 firmas en AVAAZ.

Me había respondido el Dr. Antonio Turnes en nombre de la Academia Nacional de Medicina sobre la dosis de radiación de la mamografía equivalente a 300 radiografías de tórax (3 mSv). Me aportaba la fuente original: un artículo del New England Journal of Medicine de 2007.^[53] La información divulgada por la ANM coincidía exactamente con ese documento. Turnes me sugería dirigirme a esa publicación para plantear mis dudas.

Esto significa que la dosis de radiación de una mamografía anual triplica la dosis efectiva anual de 1 mSv recomendada por la directiva europea 2013/59/EURATOM y publicada el 17/1/2014. Y explicaría por qué en los países desarrollados se recomienda espaciar el cribado mamográfico cada 3 años.

Mientras nuestra ley sobre radioprotección consta de tan sólo cuatro páginas, la directiva europea alcanza las 73. De ésta última destaco el sistema para controlar y medir la dosis de radiación de las pruebas a las que se someten los usuarios, que deberá ser aplicado por todos los estados miembros como máximo en febrero 2018, para garantizar la calidad de la imagen diagnóstica y evitando la sobreexposición del paciente.

Me llamó la atención la respuesta tan categórica de la ANM en contra de la autoridad en la materia, por lo que volví al sitio web de la ARNR donde encontré el curriculum vitae de su responsable, Dr. Walter Cabral. Allí consta que es “doctor en medicina y tecnología veterinaria”. El sitio web de la Caja de Jubilaciones y Pensiones Profesionales del Uruguay informa que es “veterinario”.⁽⁷⁷⁾

27/2/2014: 793 firmas en AVAAZ.

Gérvas me había contactado con la uruguaya Dalia Cohn. Ella me había buscado en la web porque se había sentido identificada con una de mis cartas en el semanario Búsqueda (en la que había mencionado las técnicas alternativas a la radiación disponibles en otros países) y me había encontrado por mi nombre en el reportaje de El Mirador. Me aportó un testimonio valiosísimo: había descartado la mamografía en nuestro país porque por razones laborales viajaba habitualmente a Estados Unidos y desde hace unos años, allí se somete a termografías para la detección precoz del cáncer de mama.

Ya éramos dos uruguayas responsables de nuestra salud y nuestro cuerpo, resistiendo una técnica perimida y dispuestas a experimentar opciones menos riesgosas.

1/3/2014: 801 firmas en AVAAZ.

Antel me avisaba al correo que disponía de 15 días para presentar un nuevo carné de salud.

2/3/2014: 804 firmas en AVAAZ.

La noticia del reporte de Canadá en el BMJ había sido publicada en el boletín del SMU.⁽⁷⁸⁾ Redactada en términos objetivos, un colectivo médico del Uruguay exponía públicamente por primera vez a través de su canal de comunicación digital la controversia mundial sobre el cribado mamográfico.

5/3/2014: 805 firmas en AVAAZ.

Había sido aceptado mi segundo comentario al artículo del BMJ sobre el ensayo canadiense.

Hacía foco en el 5º principio de Wilson y Jungner, el cual establece que el test de screening debe ser adecuado. Yo señalaba que la mamografía no lo era porque puede provocar lo mismo que pretende detectar.⁽⁷⁹⁾

Nuevamente declaraba como conflicto de interés, que ese estudio era obligatorio en mi país para las mujeres trabajadoras de mi edad.

10/3/2014: 806 firmas en AVAAZ.

Había sido aceptado mi tercer comentario al artículo del BMJ sobre el ensayo canadiense.

Citaba la brillante y sabia síntesis de Götzsche sobre la mamografía: “*si fuera un fármaco, ya lo habrían retirado del mercado*”. Y finalizaba denunciando que no era ético solicitar el consentimiento informado para un test fraudulento.⁽⁸⁰⁾

Una vez más declaraba como conflicto de interés, que ese estudio era obligatorio en mi país para las mujeres trabajadoras de mi edad.

11/3/2014: 806 firmas en AVAAZ.

Temprano por la mañana había concurrido a la clínica para tramitar el carné de salud, con los resultados de laboratorio y el PAP. Como hace casi 8 meses, en enfermería me pesaron, me midieron y mientras hacía la respiración yóguica (hondo y lento diciendo mentalmente ooommmmm...) me midieron la presión arterial. Yo temía que por el fastidio que me merecía todo esto, ella no resultara normal. Es que para conservar mi trabajo me obligan a demostrar que estoy sana, mientras que otros para ocupar un cargo, deben demostrar que están enfermos.

La odontóloga me examinó la boca.

Al final me recibió una doctora. Para verificar mi visión de lejos, me hizo tapar un ojo y no pude leer nada de lo que me indicaba. Me preguntó si usaba lentes y le contesté que yo andaba por la vida y manejaba usando los dos ojos, mientras sacaba de mi bolso los que uso sólo para leer los subtítulos en el cine y sin que ella se inmutara por mi observación. No me controló la visión de cerca, a pesar de mi edad y mi ocupación laboral. Así pasé el examen oftalmológico más inútil: realizado por un médico general para un trámite burocrático.

12/3/2014: 807 firmas en AVAAZ.

A un mes de publicado el reporte canadiense en el BMJ, el editor había comentado su trascendencia por haber sido unos de los más leídos y comentados: había recogido 43 comentarios durante ese tiempo. Y mencionaba a la contestataria de Uruguay “*donde el cribado mamográfico es obligatorio para todas las trabajadoras entre 40 y 59 años*”.⁽⁸¹⁾

Una vez más y por el mismísimo editor del BMJ, nuestro país fue expuesto al mundo como anti ejemplo en una revista médica prestigiosa.

13/3/2014: 808 firmas en AVAAZ.

Había retirado el carné de salud nuevo y por suerte no me complicaron la vida con el colesterol ni otra cosa que no fuera lo que ya estaba en falta. Sin la mamografía será válido hasta el 11/9/2014. Al ingresar la nueva fecha de vencimiento en el sistema de control de personal, mi empleador dejó de acosarme con la presentación de ese documento, aún cuando le constaba el cumplimiento intachable de mi asistencia diaria desde el carné anterior.

16/3/2014: 808 firmas en AVAAZ.

Mientras desayunaba y abría el correo electrónico, una vez más Gervas y Thornton me sorprendían con la última novedad: desde Noruega se reconocía que el cribado mamográfico no anticipa los cánceres de mama agresivos por los cuales se mueren las mujeres y que además conduce al sobrediagnóstico.^[54]

Un informe publicado a principios de mes y cuyos autores eran Mette L. Lousdal, Ivar S. Kristiansen, Bjørn Møller y Henrik Støvring, reportó los resultados del cribado mamográfico a partir de su introducción en ese país: en el grupo de mujeres entre 50 y 69 años había aumentado la incidencia de cáncer localizado pero no la de los cánceres en etapas avanzadas, aunque también habían notado un aumento del cáncer en etapa avanzada en el grupo de mujeres más jóvenes, no elegibles para el estudio.

En los tres primeros meses del año ya son tres países posicionándose contra el cribado mamográfico. Y no son cualquier país. Son Suiza, Canadá y Noruega.

23/3/2014: 811 firmas en AVAAZ.

Había hablado con Abril Suárez, una compañera de trabajo, sobre mi proceso contra la obligatoriedad de la mamografía. Ella adhería totalmente a mi posición y firmó en AVAAZ además de divulgar la campaña. Pero ella insistía en obtener la opinión profesional de algún médico uruguayo que sostuviera esta posición intuitiva contraria a la difundida pro-mamografía que ambas compartíamos. Yo le había explicado que en nuestro país no hay información sobre esta controversia, que todo el material científico que yo había recabado procedía del exterior, que los médicos que me apoyaban eran extranjeros y que por lo tanto en Uruguay estaba sola en esto, tan sólo respaldada por otra mujer (mi abogada) para defender mis derechos individuales contra el afán controlador del Estado.

Así y todo, me ofreció participar del programa de radio que ella conduce junto con su compañero Gerardo Pereira, “Los sonidos del silencio” en Radio Fénix. Yo acepté su entrevista en vivo. Sería mi primera vez en vivo al aire: mi bautismo en el éter.

24/3/2014: 814 firmas en AVAAZ.

Había retomado los cursos del diploma en la facultad. Este año las clases no se dictarían en el centro de capacitación de Antel sino en la misma facultad, la cual está instalada en uno de los barrios privilegiados de Montevideo (Parque Rodó) y a mitad de camino entre mi trabajo y mi hogar.

27/3/2014: 817 firmas en AVAAZ.

Había sido convocada a participar de otra sesión en la UABE a la cual estaba invitado el Dr. Enrique Barrios quien expondría sobre los avances en cáncer de mama y su cribado por mamografía. Barrios es coautor con Tabaré Vázquez y su hijo del trabajo presentado en 2005. Es el encargado del Depto. de Métodos Cuantitativos (Grado 5) y responsable del Laboratorio de Bioestadística, dependientes de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República.

Rodríguez Almada, responsable de la UABE, fue el anfitrión de la sesión. Barrios comentó las fallas que a su criterio tenía el reporte de los canadienses. Insistió varias veces en que los beneficios de la mamografía superan los daños pero no lo demostró con números. Admitió que no debía ser obligatoria y que las mujeres teníamos derecho a decidir.

Allí tomé conocimiento de que los mamógrafos móviles de la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer atienden mujeres que se presentan por su cuenta sin orden médica, como quien entra a una farmacia a medirse la presión arterial o pesarse en una balanza. Esto significa que en Uruguay ¡las mujeres se automedican radiación!

Esta vez asistí acompañada por Abril, ya que ella no cesaba en la búsqueda de opiniones calificadas que respaldaran mi posición. Grabó la sesión porque de ella podía extraer material para su programa de radio. Participó del debate y obtuvo la autorización de Barrios y Rodríguez Almada para difundir la grabación al aire.

4/4/2014: 818 firmas en AVAAZ.

Lilián Abracinskas me había propuesto organizar un evento para dar cuenta de toda la información que yo había recolectado y “traer alguno de los científicos internacionales para decirlo MÁS FUERTE”. Estaba en un aprieto. Nunca había organizado un evento de ingeniería: menos sabía por dónde empezar para organizar uno sobre medicina. Lo único a que atiné, fue a trasladarle la idea a Pizzanelli. Y las cosas empezaron a andar solas.

Pizzanelli estaba en el mejor lugar y en el mejor momento: me respondió desde el congreso mundial de medicina familiar y comunitaria en Gramado, Brasil. Allí entre tantos colegas, fue el lugar y el momento para iniciar los contactos.

Ese mismo día Cabeza aceptó colaborar con esta iniciativa.

7/4/2014: 818 firmas en AVAAZ.

Pizzanelli me había avisado que del 22 al 24 de mayo se realizaría el 8º Congreso Uruguayo de Medicina Familiar y Comunitaria en Maldonado y que existía la posibilidad de organizar el evento propuesto por Lilián en el marco del congreso.

9/4/2014: 818 firmas en AVAAZ.

A las 22 estaba citada para participar del programa de Abril y Gerardo en Radio Fénix. Jorge me acompañó y entró conmigo al estudio de curioso porque nunca había estado en un estudio de radio. Sacó las fotos para documentar el momento. Fue una experiencia inolvidable: nuestra primera vez en un estudio de radio.

Un amigo la escuchó por Internet, la grabó y esa misma noche la pude divulgar entre los contactos que no pudieron atenderla.

14/4/2014: 820 firmas en AVAAZ.

El Ministerio de Educación y Cultura había anunciado el concurso nacional de literatura 2014, cuya fecha límite para presentación de obras sería el próximo 6 de junio. Una de las categorías es la divulgación e investigación científica. Sería un objetivo desafiante para terminar este libro. Un mes antes de esa fecha tendría que cerrar la historia para disponer de al menos un mes para su corrección.

21/4/2014: 820 firmas en AVAAZ.

Mónica había tomado conocimiento de los informes que habíamos requerido para la demanda ante el TCA. Me los envió por correo electrónico por si me resultaban de utilidad para la entrevista que me iban a realizar en mi casa a la mañana siguiente.

La ARNR informaba que ahora en 2014 el total de mamógrafos en Uruguay era aproximadamente 76. Es decir, “aproximadamente” 14 más que los 62 inventariados por Berterretche en 2008. No había ocurrido una explosión demográfica en nuestro país, sino sólo la disposición obligatoria de la mamografía.

Un artículo de prensa digital local informaba el pasado 17/3 algo interesante sobre los mamógrafos⁽⁸²⁾ en 2005 en EEUU sólo el 7% de los mamógrafos eran digitales y en 2012 aproximadamente 87% de los mamógrafos ya eran digitales. Esto significa que ese recambio en los países desarrollados desembocó en países como Uruguay y que muy probablemente los “nuevos” 14 mamógrafos habrían sido adquiridos de segunda mano. También resulta presumible que no se habrían recambiado los viejos. Y lo peor de todo es que un aumento del 22% de mamógrafos a usar por el mismo universo de usuarias, elevaría la tasa de fallos de cada mamógrafo.

Además se confirmaba que el decreto impone un monopolio de esa tecnología y por eso nadie invertiría en otra.

La División Universitaria de la Salud (DUS) había confirmado que durante la dictadura se había practicado la abreugrafía en el carné de salud estudiantil en algunas facultades que habían sido consideradas de riesgo. Esto confirmó que Febles había dicho la verdad: en la Facultad de Medicina los militares no habían considerado de riesgo a sus estudiantes y por eso no habían sido sometidos a ella. Desde la facultad, los médicos no se sometían a lo que indicaban a los demás.

El Programa Nacional Contra el Cáncer informaba que la dosis de radiación para una mamografía digital es 3,7mSv y para la convencional es 4,7mSv. Estas cifras equivalen a 370 y 470 radiografías de tórax respectivamente (a 0,01mSv cada radiografía según la ANM) o 37 y 47 (a 0,1mSv cada radiografía según la ARNR). Esta es una tercera versión sobre la dosis de radiación de una mamografía realizada en Uruguay, pues difiere de la ANM (300 radiografías de 0,01mSv) y de la ARNR (4 radiografías de 0,1mSv).

Nunca nadie me había dado a elegir entre mamografía digital y convencional. No tengo conocimiento de que haya una lista de clínicas donde se especifique la clase de mamógrafo y servicio que ofrecen, para que las usuarias podamos elegir, si es que la diferencia de tecnología implica esa diferencia en la dosis de radiación aplicada (entre otras posibles diferencias jamás informadas a las usuarias).

Un medio de prensa digital local informaba que además de los mamógrafos convencionales y digitales, existirían los digitalizables. Éstos costarían 50.000 dólares

mientras que uno digital costaría 300.000 dólares.⁽⁸³⁾ No mencionaba la nueva variedad que se estaba desplegando en los países desarrollados: mamografía en 3D.

Para determinar las características de los mamógrafos me había contactado con un médico argentino, el Prof. Dr. Alfredo Buzzi, coordinador de la “Guía de recomendaciones para la correcta solicitud de pruebas de diagnóstico por imagen”.

Buzzi me aportó la información exacta: la diferencia entre las tres tecnologías radica únicamente en la forma en que se captura la imagen.

La radiología convencional lo hace en una placa radiográfica cargada en un chasis. Hay que retirarla del chasis para revelarla.

La radiología digitalizable impacta en una placa fotosensible de fósforo instalada en el chasis pero una vez hecha la exposición, en lugar de revelarla se introduce el chasis en un scanner que “lee” la imagen capturada en la placa de fósforo y la envía a una computadora como un archivo. Luego la placa de fósforo es borrada y puede ser reusada.

La radiología digital captura la imagen mediante un detector electrónico que la envía directamente como archivo a una computadora. Ahora bien, la resolución discreta en píxeles podría ser menos eficaz que la continua para detectar tumores de escaso tamaño y por esta razón hay estudios comparativos entre mamografía convencional y mamografía digital.

Pero el principio de la técnica de diagnóstico es el mismo con cualquiera de las tecnologías: la exposición a la radiación. Y ni la ANM ni la ARNR, consideraban dosificaciones de radiación diferenciadas por tecnología.

22/4/2014: 820 firmas en AVAAZ.

Había recibido en mi casa a la periodista Georgina Mayo del diario LaRed21 para una entrevista que sería divulgada como video en el sitio web de ese medio.

23/4/2014: 829 firmas en AVAAZ.

Había asistido a la reunión en MYSU para coordinar la mesa redonda sobre derechos de las mujeres que tendría lugar en el marco del Congreso Uruguayo de Medicina Familiar y Comunitaria, a realizarse del 22 al 24 de mayo.⁽⁸⁴⁾ Participaron Lilián Abracinskas por MYSU, la Dra. Paola Rava (presidenta del congreso) y la Dra. Jacqueline Ponzo (presidenta de la Sociedad Uruguaya de Medicina Familiar y Comunitaria, SUMEFAC). También estuvo presente la Dra. Stella Marys Cabeza.

El evento contará con la participación del Movimiento de Usuarios, Colectivo Ovejas Negras, MySU y el Grupo de trabajo afrodescendencia y salud. El tema será: “La Salud es un derecho”.

Finalizado el congreso en Maldonado, el lunes siguiente tendrá lugar un evento en Montevideo en el marco del “día de acción mundial por la salud de las mujeres”. Será en la Unión Postal de América, España y Portugal de 10 a 12 de la mañana. Se denominará “POR QUÉ NO A LA OBLIGATORIEDAD DE LA MAMOGRAFÍA. MESA DE REFLEXIÓN Y DEBATE”.⁽⁸⁵⁾

El Dr. André L. Silva será el expositor invitado para ambos eventos. Es médico de familia y comunidad en Brasil y coordinador del grupo de trabajo en prevención cuaternaria de la Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC).

24/4/2014: 829 firmas en AVAAZ.

Abril me había propuesto participar por segunda vez en su programa de radio el viernes 16 de mayo. También participaría la Dra. Jacqueline Ponzo en representación de la SUMEFAC, para difundir el congreso en Maldonado. Dalia Cohn aceptó ser entrevistada vía telefónica por su experiencia con la termografía.

27/4/2014: 829 firmas en AVAAZ.

Georgina me había comunicado que la entrevista había sido publicada.⁽⁸⁶⁾ Al acceder a la noticia, en el lugar donde debía estar el video, me sonreía Tabaré Vázquez desde una foto de su campaña electoral. Le avisé de la omisión y al poco rato había sido agregado a la noticia, la ciudadana contra la mamografía junto a la propaganda electoral del oncólogo.

28/4/2014: 841 firmas en AVAAZ.

Me había avisado mi amiga desde Rocha que el video de la entrevista había sido publicado en YOUTUBE⁽⁸⁷⁾. A las 6am tenía 2 visitas y a las 9am, 39 visitas.

Por la tarde MYSU la publicó en su portal para re lanzar la campaña de firmas.

29/4/2014: 852 firmas en AVAAZ y 197 visitas en YOUTUBE.

El reporte canadiense en el BMJ había alcanzado los 63 comentarios: 30 en apoyo a sus autores y 33 descalificatorios. Sin embargo la votación de los lectores resultó en muchos más “me gusta” a los primeros: 3253 vs 2169.

Mis tres comentarios en apoyo al artículo de Miller habían recibido 84, 83 y 48 “me gusta”.

30/4/2014: 863 firmas en AVAAZ y 309 visitas en YOUTUBE.

Las firmas recolectadas hasta ahora en AVAAZ son de Albania, Antillas Holandesas, Argentina, Australia, Bélgica, Brasil, Canadá, Chile, Dinamarca, España, Estados Unidos, Filipinas, Francia, Reino Unido, Irlanda, Méjico, Panamá, Perú, Portugal, Suecia, Uruguay y Venezuela. Esto significa que la obligatoriedad uruguaya es ya noticia alrededor del mundo e inaceptable para los adherentes de esos países.

1/5/2014: 882 firmas en AVAAZ y 362 visitas en YOUTUBE.

Con Mónica estamos elaborando el alegato final de la demanda, para cuya presentación ante el TCA aún no tenemos fecha fijada. Así como un juez impuso el respeto a la libertad de conciencia de una ciudadana que rechazaba una transfusión, un tribunal fallará para imponer el respeto a mi autodeterminación sobre mis mamas.

Ninguna otra variedad de cáncer que no sea el de mama ha merecido hasta ahora un solo evento público (y publicitado) para la sensibilización sobre su detección precoz.

El artífice del combate implacable al tabaquismo para contener el cáncer de pulmón en toda la población uruguaya, es el mismo que impuso un agente carcinogénico como es la radiación, obligatorio sólo a las mujeres.

El proyecto de ley para imponer la mamografía anual a todas las mujeres mayores de 40 años, puede completar su trámite parlamentario en cualquier momento.

Hoy, día de los trabajadores, apporto mi granito de arena por la libertad para ejercer el derecho al trabajo terminando este relato.

El Estado

- no es propietario de nuestro cuerpo,
- no puede decidir por nosotros lo que es mejor para nuestra salud,
- no puede PRESUMIR que estamos enfermos e impedirnos trabajar por rechazar procedimientos innecesarios y/o agresivos,
- no puede ignorar nuestra individualidad e imponernos políticas sanitarias en base a estadísticas, las cuales no son sujeto de derecho en nuestro marco jurídico.

La Constitución de nuestro país sólo nos diferencia por nuestros talentos y nuestras virtudes: la discriminación no está amparada en la normativa vigente.

La voluntad para contribuir al desarrollo de nuestra sociedad en la medida de nuestras capacidades no puede ser coartada. Cada uno de nosotros tiene derecho a ser reconocido por el esfuerzo y el empeño que aporta al bienestar común.

Un día como hoy, sólo cabe la defensa y el compromiso con la igualdad de derechos y oportunidades para todos los trabajadores en Uruguay.

Esta historia continuará. Para ser parte de ella, adhiere con tu firma a

https://secure.avaaz.org/es/petition/MAMOGRAFIA_OBLIGATORIA_EN_URUGUAY_UN_PROBLEMA_CIENTIFICO_Y_UN_ABUSO_ETICO

Conclusiones

Ya bien entrado el tercer milenio, a lo largo y ancho del mundo, los resultados obtenidos en forma independiente por

1. Wright y Mueller en 1995 en Reino Unido,
2. Gøtzsche y Olsen en 2000 en Dinamarca,
3. Beterretche en 2008 en Uruguay,
4. Bleyer y Welch en 2012 en Estados Unidos,
5. Mukhtar, Yeates y Goldacre en 2013 en Reino Unido,
6. Miller, Wall, Baines, Sun, To y Narod en febrero de 2014 en Canadá,
7. Biller-Andorno et al. en febrero de 2014 en Suiza y
8. Lousdal, Kristiansen, Møller y Støvring en marzo de 2014 en Noruega,

demuestran que la mamografía es una técnica inválida para detectar precozmente el cáncer de mama y disminuir la mortalidad en las mujeres por esa patología. Tampoco colabora en la disminución de la mortalidad por cáncer en general: se salva una mujer de morir de cáncer de mama pero muere otra por otra variedad de cáncer.

Conceptualmente es errónea la aplicación de radiación para detectar cáncer: la radiación sistemática a mujeres sanas sólo puede producir el cáncer mismo. Por este motivo es inaceptable plantear ensayos para demostrar su efectividad porque no es ético solicitar el consentimiento informado para una prueba que vicia el resultado que obtiene.

Se debería promover el desarrollo de protocolos de validación de procedimientos diagnósticos en humanos y su primer principio debería descartar los que pueden provocar lo que pretenden descubrir.

Las industrias de la salud (farmacéutica y tecnología médica) producen productos y servicios para el mercado de los enfermos. Su éxito no se mide en términos éticos y altruistas (como sería la erradicación de enfermedades del mundo) sino en términos económicos (como el de cualquier otra industria). Si su mercado objetivo se redujera ante el avance de sanos y/o muertos, ellas sucumbirían. Un estado democrático no debe imponer a su población el consumo de esos productos y servicios, ni promover métodos espurios para transformar ciudadanos sanos en enfermos explotados por intereses comerciales, sino asegurar a todos la oportunidad del acceso a ellos cuando libremente los demanden.

Montevideo, setiembre de 2014.

Epílogo

El 23 de setiembre de 2015 murió mi mamá a los 88 años por causas ajenas al cáncer de mama, iguales condiciones que la muerte de su mamá. Ninguna de ellas se había realizado una mamografía en el curso de su vida.

El 18 de noviembre de 2015 el MSP decidió modificar los requisitos para el carné de salud de las mujeres. Ya no se exigirá una mamografía cada dos años a partir de los 40 años y hasta los 59, sino desde los 50 y hasta los 69. Las autoridades justifican el cambio porque reconocen que en el rango que va desde los 40 a los 49 años las mamografías pueden producir falsos positivos o sobrediagnósticos. De haberse sancionado la ley impulsada por Ivonne Passada en 2013 para fijar por ley el antiguo rango 40-59, no habría sido tan fácil su actualización de acuerdo a la evolución científica reconocida dos años más tarde por el MSP.

El 8 de julio de 2016 el Tribunal de Arbitraje del Banco Mundial dio a conocer la sentencia a favor de Uruguay contra la Philip Morris, quien pretendió desactivar las políticas antitabaco impuestas por Tabaré Vázquez en Uruguay al comienzo de su primer mandato presidencial.⁽⁸⁹⁾

El 19 de julio de 2016 fue emitida la sentencia por parte del Tribunal de lo contencioso Administrativo de Uruguay en la causa que yo iniciara en 2013 contra el MSP. El TCA declaró inconstitucionales el decreto 571/2006 del presidente Tabaré Vázquez y las ordenanzas del MSP relacionadas. El fallo está disponible en el sitio web del TCA como “fallo de interés”.^[90]

El fallo aplica sólo a mí. Para que cualquier uruguaya pueda ampararse en él, fue presentado el 6 de diciembre de 2016 un proyecto de ley a iniciativa del Partido Independiente, el cual no ha sido aún considerado en debate parlamentario.

Sigue abierta la campaña de firmas en Avaaz dirigida al ministro Dr. Basso y también al Parlamento uruguayo.

Montevideo, diciembre de 2016.

Apéndice

Las gráficas siguientes están publicadas en el sitio web de la Comisión Honoraria de Lucha Contra el Cáncer de Uruguay:

<http://www.comisioncancer.org.uy/>

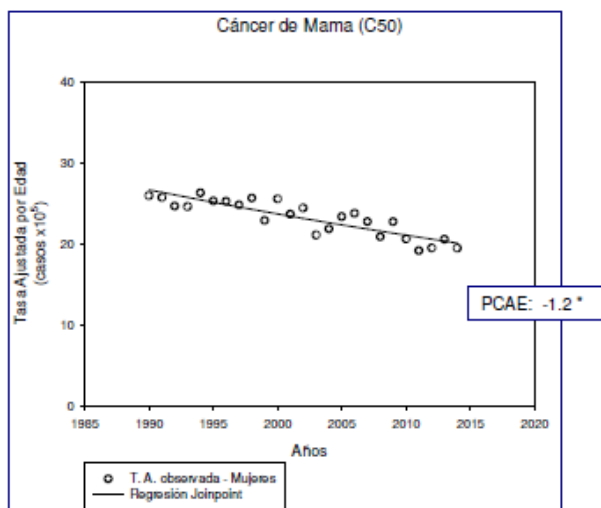
Muestran la tendencia entre 1990 y 2012 de la mortalidad por cáncer de mama en mujeres y de pulmón en ambos sexos.

Se puede apreciar la tendencia descendente sostenida de la mortalidad por cáncer de mama, desde antes de 2006 cuando se impuso la mamografía obligatoria.

Es impactante observar la gráfica de mortalidad por cáncer de pulmón en mujeres, la cual muestra para ese año el fin del mayor período de una tendencia al descenso (tres años consecutivos) seguido del repunte sostenido en adelante.

Tendencia de la mortalidad del cáncer de mama en mujeres (Uruguay, 1990-2014)

TENDENCIA DE LA MORTALIDAD CANCER DE MAMA 1990 -2014



T.A. : Tasa ajustada por edad a la población mundial estándar expresada en casos x 100000.

PCAE: Porcentaje de Cambio Anual Estimado para el periodo (1990-2014).

(*) PCAE con asterisco es estadísticamente significativo

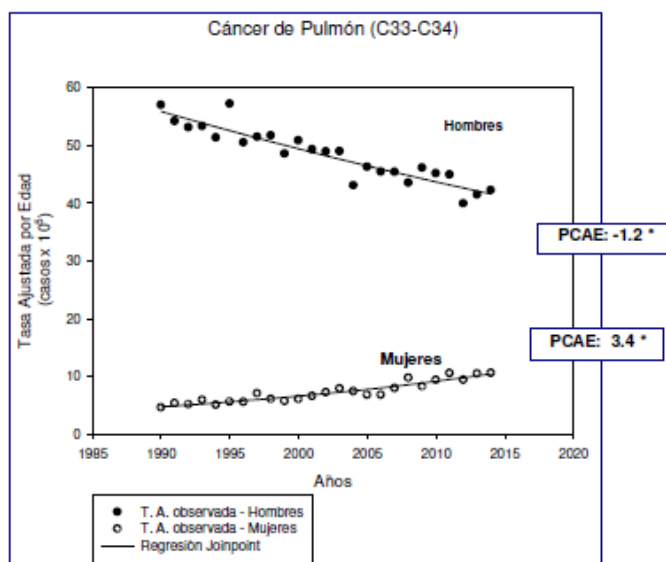
Registro Nacional de Cáncer – Uruguay
COMISION HONORARIA DE LUCHA
CONTRA EL CANCER

Fuente: ver página 7 en

<http://www.comisioncancer.org.uy/andocasociado.aspx?357,1485>

Tendencia de la mortalidad del cáncer de pulmón en hombres y mujeres (Uruguay, 1990-2014)

Tendencias recientes de la Mortalidad Cáncer de Pulmón 1990-2014



T.A. : Tasa ajustada por edad a la población mundial estándar expresada en casos x 100000.

PCAE: Porcentaje de Cambio Anual Estimado para el periodo (1990-2014).

(*) PCAE estadísticamente significativo

COMISION HONORARIA DE LUCHA CONTRA EL CANCER
REGISTRO NACIONAL DE CANCER

Fuente: ver página 5 en

<http://www.comisioncancer.org.uy/andocasociado.aspx?358,1488>

Search BMJ Group

This site uses cookies. By continuing to browse the site you are agreeing to our use of cookies. Find out more here

BMJ

Helping doctors make better decisions

Search bmj.com

Advanced search

Research Education News Comment Multimedia Careers Specialties Archive

Gastroenterology updates: Access the latest gastroenterology resources from across BMJ Group, including articles, learning modules, podcasts, and blogs.

Use of caffeinated substances and risk of crashes in long distance drivers of commercial vehicles
Rapid response (1)
Published 19 March 2015

Research: Use of high potency stimulants and habits of substance for acute kidney injury

Research: Use of caffeinated substances and risk of crashes in long distance

Research: One year outcomes in patients with acute kidney injury randomised to

PROBE AND BMJ
Open Data
BMJ

Submit your paper

JUST PUBLISHED

Research
Training probationers to deliver opportunistic multiple behavioural change counselling in primary care
Published 19 March 2015

Education
Achilles tendon disorders
Published 12 March 2015
Rapid response (5) | CME

News
Uruguay's mandatory breast cancer screening for working women aged 40-50 is challenged
Published 19 March 2015

Comment
How do we know whether medical apps work?
Published 19 March 2015

Latest responses
Re: Stop the royal colleges' fellowship
Published 21 March 2015

Latest articles
Once it's gone, it's gone for ever
Published 21 March 2015

Re: Act now against new NHS competition regulations
Published 21 March 2015

Re: Act now against new NHS competition regulations
Published 21 March 2015

BMJ open editions

Submit your paper

Notas

- 1- Se define la medicalización como la conversión de situaciones normales en procesos patológicos y el pretender resolver mediante la medicina situaciones que no son médicas sino sociales, profesionales o de las relaciones interpersonales.
- 2- Uruguay está dividido políticamente en 19 departamentos, cada uno de ellos gobernado por un intendente.
- 3- El golpe de estado en Uruguay que disolvió las cámaras del poder legislativo el 27/6/1973, dio origen a la dictadura militar que gobernó el país hasta el retorno a la democracia el 1/3/1985.
- 4- Analogía con la invocación ritual “palabra de Dios”.
- 5- Desde la independencia en 1825, dos partidos se alternaron para gobernar democráticamente Uruguay (Partido Blanco y Partido Colorado). En las elecciones de 2004 triunfó el partido Frente Amplio, que se mantiene en el poder luego de las elecciones en 2009 y en 2014.
- 6- Fundación PLEMUU (Plenario de Mujeres del Uruguay), Instituto Mujer y Sociedad y Comuna Mujer (de la Intendencia Municipal de Montevideo).
- 7- Analogía con el dicho popular “la culpa no es del chanco sino del que le rasca el lomo”.
- 8- La prueba de Schick se utiliza para determinar el grado de receptividad o de inmunidad de un paciente a la toxina diftérica, por medio de la inyección intracutánea de una dosis mínima.
- 9- fetiche o amuleto con función sacramental usado para lograr la cura o liberación por una secta religiosa de origen brasilero e instalada en Uruguay:
http://www.unesco.org.uy/shs/fileadmin/templates/shs/archivos/anuario2004/articulo04_12.pdf.
- 10- Biopoder es un término originalmente acuñado por el filósofo francés Michel Foucault para referirse a la práctica de los estados modernos de "explotar numerosas y diversas técnicas para subyugar los cuerpos y controlar la población".
- 11- analogía con la expresión “poner el pecho a las balas”.

Webgrafía

Todos los vínculos fueron verificados al 2 de noviembre de 2016:

- (1)
<http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/12/plataforma.pdf>
- (2)
<http://www.sivananda.org/montevideo/>
- (3)
<http://www.cipa.org.uy>
- (4)
<http://semanario.busqueda.com.uy/>
- (5)
<http://iamtonline.org/therm.php>
- (6)
<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=>
- (7)
http://archivo.presidencia.gub.uy/_web/decretos/2008/01/CM392_19%2010%202007_00001.PDF
- (8)
<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18159&Anchor=>
- (9)
<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=17189&Anchor=>
- (10)
http://www.180.com.uy/articulo/24829_Se-nego-a-recibir-una-transfusion-y-murio
- (11)
<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18335&Anchor=>
- (12)
<http://www.elobservador.com.uy/noticia/231292/columna-de-opinion-de-tabare-vazquez-sobre-la-polemica-vacuna-del-papiloma/>
- (13)
<http://vimeo.com/3993107>
- (14)
<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=19286&Anchor=>
- (15)
<http://www.fundacionbenedetti.org.uy/novedades/35/>
- (16)
http://www.montevideo.com.uy/notnoticias_150768_1.html
- (17)

<http://www.cancer.gov/cancertopics/screening/breast/intervalcancers052011>

(18)

<http://rincondocentemfyc.wordpress.com/2011/11/29/ha-llegado-el-momento-de-parar-el-screening-del-cancer-de-mama/>

(19)

<http://estancambiandolostiempos.blogspot.com/>

(20)

<http://www.comisioncancer.org.uy/andocasociado.aspx?357,1485> (ver pág.7)

(21)

<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=17242&Anchor=>

(22)

<http://www.familiaborgogno.com/archivos/caso/histo.html>

(23)

<http://www.mysu.org.uy/que-hacemos/comunicacion-campana/campana-8/>

(24)

<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=19056&Anchor=>

(25)

<http://www.parlamento.gub.uy/indexdb/Distribuidos/ListarDistribuido.asp?URL=/distribuidos/contenido/camara/D20050608-0218-0119.htm&TIPO=CON>

(26)

[http://www.agenciadenoticiasuruguay.com.uy/TH - el faro junio.htm](http://www.agenciadenoticiasuruguay.com.uy/TH-el-faro-junio.htm)

(27)

<http://www.bioetica.edu.uy/unidad/>

(28)

<http://www.elobservador.com.uy/noticia/250920/mi-hija-de-10-anos-me-dijo-mama-hacelo-ya-asi-el-cancer-no-te-agarra/>

(29)

<http://www.elpais.com.uy/informacion/en-los-pies-de-angelina-jolie-pero-en-uruguay.html>

(30)

<http://www.elpais.com.uy/informacion/uruguay-se-opone-msp-a.html>

(31)

<http://www.elpais.com.uy/informacion/fallecio-de-cancer-de-mama.html>

(32)

<http://ecos.elpais.com.uy/aclaracionesmamografia>

(33)

http://archivo.presidencia.gub.uy/_Web/noticias/2005/10/2005102610.htm

(34)

<http://www.elobservador.com.uy/noticia/253113/un-paso-adelante-al-cancer-de-mama/>

(35)

<http://www.elpais.com.uy/vida-actual/estudiante-crea-aplicacion-cancer-mama.html>

(36)

<http://ecos.elpais.com.uy/pros-y-contras-de-un-diagnostico>

(37)

<http://www.hansi.org.uy/2541/Home>

(38)

<http://www.republica.com.uy/cancer-de-mama-resultado-del-test-genetico-puede-no-ser-concluyente/>

(39)

<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18591&Anchor=>

(40)

<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=19121&Anchor=>

(41)

<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=17242&Anchor=>

(42)

<http://www.parlamento.gub.uy/indexdb/Distribuidos/ListarDistribuido.asp?URL=/distribuidos/contenido/camara/D20121003-0218-1295.htm&TIPO=CON>

(43)

<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=17515&Anchor=>

(44)

<http://www.mysu.org.uy/multimedia/publicacion/informe-trabajo-sexual-desde-la-experiencia-de-las-personas-trans-2013/>

(45)

http://www.americamamauruguay.com.uy/Material/xi_encuentro/xi_encuentro.html

(46)

<http://www.youtube.com/watch?v=3CL50pUGKlk>

(47)

<http://www.elpais.com.uy/sociales/roche-estilo-egipcio-sofitel.html>

(48)

<http://equipocesca.org/publicaciones-por-orden-alfabetico/>

(49)

[ww.elobservador.com.uy/noticia/265093/una-periodista-se-hace-una-mamografia-en-vivo-y-descubre-que-tiene-cancer-/](http://www.elobservador.com.uy/noticia/265093/una-periodista-se-hace-una-mamografia-en-vivo-y-descubre-que-tiene-cancer-/)

(50)

<http://ecos.elpais.com.uy/la-mamografia>

(51)

<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18094&Anchor=>

(52)

<http://www.healthnewsreview.org/2013/11/nbc-races-the-clock-to-get-giggles-about-prostate-cancer-screening/>

(53)

<http://www.mysu.org.uy/que-hacemos/comunicacion-campana/campana-8/>

(54)

http://www.ine.gub.uy/c/document_library/get_file?uuid=b681ade2-6ab7-44c7-a410-efa0662c8caa&groupId=10181

(55)

http://www.scienceheroes.com/index.php?option=com_content&view=article&id=243&Itemid=219

(56)

http://www.scienceheroes.com/index.php?option=com_content&view=article&id=243&Itemid=219

(57)

<http://www.elpais.com.uy/vida-actual/ano-hay-nuevos-casos-cancer-mama-uruguay.html>

(58)

<http://www.msp.gub.uy/publicación/estadísticas-de-mortalidad>

(59)

<http://www.gs.com.uy/Html/DrSiqueira.htm>

(60)

<http://www.elobservador.com.uy/noticia/266472/msp-suspendio-un-remedio-que-utilizan-50000-personas-/>

(61)

http://archivo.presidencia.gub.uy/sci/decretos/2013/12/msp_527.pdf

(62)

<http://www2.le.ac.uk/departments/health-sciences/research/soc-sci/staff-pages/HazelThornton>

(63)

<http://www.senseaboutscience.org/>

(64)

<http://www.matrixlaw.co.uk/>

(65)

<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>

(66)

http://www.parlamento.gub.uy/parlamentaria/descargas/NOTICIAS/Informe_Pais.pdf

(67)

<http://www.republica.com.uy/uruguay-presidira-junta-de-onu-mujeres/424890/>

(68)

<http://www.theguardian.com/science/blog/2014/jan/03/patients-truth-health-screening-harm-good>

(69)

<http://www.migueljara.com/2013/10/10/algunas-verdades-incomodas-sobre-las-mamografias-preventivas/>

(70)

<http://www.who.int/countries/ury/es/>

(71)

<http://www.espectador.com/salud/284193/alvaro-luongo-inca-somos-de-los-paises-que-hemos-reflejado-mayor-diagnostico-y-menor-mortalidad-en-casos-de-cancer>

(72)

http://www.infodrogas.gub.uy/index.php?option=com_content&view=article&id=2035&catid=14&Itemid=59

(73)

<http://www.espectador.com/salud/284516/mamografias-preventivas-no-reducen-muertes-por-cancer>

(74)

http://www.agesic.gub.uy/innovaportal/v/3077/1/agesic/carne_de_salud_laboral_electronico.html

(75)

<http://www.revistas.uchile.cl/index.php/NFB/article/viewFile/32906/34643>

(76)

<http://www.bmj.com/content/348/bmj.g366/rr/687366>

(77)

http://consultas.cjppu.org.uy/index_libre.htm

(78)

http://www.sermedico.com.uy/salud/-/asset_publisher/E2NhriQyZSXC/content/estudio-canadiense-pone-en-duda-la-eficacia-de-las-mamografias?template_sofis=10719

(79)

<http://www.bmj.com/content/348/bmj.g366/rr/689174>

(80)

<http://www.bmj.com/content/348/bmj.g366/rr/689754>

(81)

<http://blogs.bmj.com/bmj/2014/03/11/the-bmj-today-mammography-wars-and-other-conflicts/>

(82)

<http://www.tiempo.com.uy/salud/2700-que-es-un-mamografo>

(83)

<http://eldiario.com.uy/2012/10/25/mas-de-seis-meses-es-lo-que-se-tarda-en-conseguir-turno-para-mamografias/>

(84)

<http://congresosumefac2014.org/>

(85)

<http://www.mysu.org.uy/wp-content/uploads/2014/11/mamografia.jpg>

(86)

<http://www.lr21.com.uy/mujeres/1171225-ana-rosergurt-t-cuestiona-la-obligatoriedad-de-la-mamografia-porque-se-trata-de-un-estudio-invasivo>

(87)

<http://www.youtube.com/watch?v=ikT68aLKIZ0>

(88)

<http://web-desarrollo.parlamento.gub.uy/temporales/1207889.PDF>

(89)

<http://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-36752509>

(90)

Bibliografía

[1] US Food and Drug Administration. Code of Federal Regulations, title 21, volume 8, Revised as of April 1, 2014. 21CFR884.2980.
<http://www.accessdata.fda.gov/scripts/cdrh/cfdocs/cfcfr/cfrsearch.cfm?fr=884.2980>

[2] US Food and Drug Administration. Telethermographic system. 19/1/2015.
[http://www.accessdata.fda.gov/scripts/cdrh/devicesatfda/index.cfm?Search_Term=Telethermographic system%2E](http://www.accessdata.fda.gov/scripts/cdrh/devicesatfda/index.cfm?Search_Term=Telethermographic%20system)

[3] Villaescusa JJ, León A, Verdú G, Cuevas MD, Salas MD. Study of radiological risk in breast cancer screening programme at Comunidad Valenciana. IAEA-CN-85-234.
http://www.iaea.org/inis/collection/NCLCollectionStore/_Public/32/039/32039854.pdf

[4] Gøtzsche PC, Olsen O. Is screening for breast cancer with mammography justifiable? The Lancet. Volume 355, No. 9198, p129–134, 8 January 2000.
[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(99\)06065-1/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(99)06065-1/fulltext)

[5] Zahl PH, Gøtzsche PC, Mæhlen J. Natural history of breast cancers detected in the Swedish mammography screening programme: a cohort study. US National Library of Medicine National Institutes of Health. J Natl Cancer Inst. 2011 Nov;12(12):1118-24. doi: 10.1016/S1470-2045(11)70250-9 PMID: 21996169.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21996169>

Zahl PH, Maehlen J, Welch HG. The natural history of invasive breast cancers detected by screening mammography. US National Library of Medicine National Institutes of Health. J Natl Cancer Inst. 2008 Nov 24;168(21):2311-6. doi: 10.1001/archinte.168.21.2311. PMID: 19029493.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19029493>

[6] Welch HG. Should I Be Tested for Cancer? Maybe Not and Here's Why. Los Angeles, Universidad de California, 2004.

Welch HG, Schwartz L, Woloshin S. Overdiagnosed: Making People Sick in the Pursuit of Health. Boston, Beacon Press, 2011.

[7] Gervas J, Pérez Fernández M. Los programas de prevención secundaria del cáncer de mama mediante mamografía: el punto de vista del médico general. SEMERGEN. 2006;32(1):31-5.
<http://equipocesca.org/new/wp-content/uploads/2009/03/los-programas-de-prevencion-secundaria-del-cancer-de-mama-mediante-mamografia-el-punto-de-vista-del-medico-general.pdf>

Ernster VL. et al. Detection of ductal carcinoma in situ in women undergoing screening mammography. Journal of the National Cancer Institute, Vol. 94, No. 20, October 16, 2002.
<http://jnci.oxfordjournals.org/content/94/20/1546.full.pdf>

[8] Schnitt SJ, Connolly JL, Tavassoli FA, Fechner RE, Kempson RL, Gelman R, Page DL. Interobserver reproducibility in the diagnosis of ductal proliferative breast lesions using standardized criteria. US National Library of Medicine National Institutes of Health. Am J Surg Pathol. 1992 Dec;16(12):1133-43. PMID: 1463092
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1463092>

Wells WA, Carney PA, Eliassen MS, Tosteson AN, Greenberg ER. Statewide study of diagnostic agreement in breast pathology. US National Library of Medicine National Institutes of Health. J Natl Cancer Inst. 1998 Jan 21;90(2):142-5. PMID: 9450574.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9450574>

[9] Gøtzsche PC. Mammography screening: truth, lies and controversy. London, Radcliffe Publishing, 2012.

[10] Unión Europea. Recomendación del Consejo sobre el cribado del cancer. Diario Oficial de la Unión Europea L327/34. (2003/878/CE) 2/12/2003.
<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2003:327:0034:0038:ES:PDF>

[11] Wright CJ, Mueller CB. Screening mammography and public health policy: the need for perspective. The Lancet. 1/7/1995. Vol 346: 29-32.
<http://www.ratical.org/radiation/Lancet7.1.95.html>

[12] Sindicato Médico del Uruguay. Código de ética médica. Montevideo, 27/4/1995.
<http://www.smu.org.uy/elsmu/institucion/documentos/doc/codigoch.pdf>

[13] Bleyer A, Welch HG. Effect of Three Decades of Screening Mammography on Breast-Cancer Incidence. The New England Journal of Medicine 2012; 367:1998-2005. DOI: 10.1056/NEJMoa1206809.
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1206809>

[14] Gervas J, Pérez Fernández M. Encarnizamiento diagnóstico y terapéutico con las mujeres. Semergen 25 (3): 239-248.
<http://equipocesca.org/new/wp-content/uploads/2009/04/encarnizamiento-diagnostico-y-terapeutico-con-las-mujeres.pdf>

[15] Wilson J.M.G. y Jungner G. Principles and practice of screening for disease. World Health Organization. Public health papers, No. 34. Génova, 1968.
http://whqlibdoc.who.int/php/WHO_PHP_34.pdf

[16] Kirsh VA, Chiarelli AM, Edwards SA, O'Malley FP, Shumak RS, Yaffe MJ, Boyd NF. Tumor characteristics associated with mammographic detection of breast cancer in the Ontario breast screening program. US National Library of Medicine National Institutes of Health. J Natl Cancer Inst. 2011 Jun 22;103(12):942-50. doi: 10.1093/jnci/djr138
<http://jnci.oxfordjournals.org/content/103/12/942.full.pdf>

[17] Bunge M. Filosofía para médicos. Barcelona, Gedisa, 2012.

[18] Pijpe A et al. Exposure to diagnostic radiation and risk of breast cancer among carriers of BRCA1/2 mutations: retrospective cohort study (GENE-RAD-RISK). 6/9/2012. BMJ 2012;345:e5660.
<http://www.bmj.com/content/345/bmj.e5660>

[19] Berterretche R. Análisis del equipamiento médico instalado para la detección precoz del cáncer de mama en Uruguay, 2008. Ministerio de Salud Pública. Montevideo, Uruguay.
http://www.agev.opp.gub.uy/observatorio_docs/publico/335.pdf

[20] The State of Queensland (Queensland Health). Fact sheet: Breast Cancer Screening and Breast Implants. 7/10/2009.
http://access.health.qld.gov.au/hid/WomensHealth/BreastDisorders/breastCancerScreeningAndBreastImplants_is.pdf
Recuperado el 29/3/2016 de <https://www.health.qld.gov.au/breastscreen/faq.asp>

[21] Arie S. Uruguay's mandatory breast cancer screening for working women aged 40-59 is challenged. 21/3/2013. BMJ 2013;346:f1907.
<http://www.bmj.com/content/346/bmj.f1907>

[22] Vázquez T et al. Análisis de sobrevida de una población con cáncer de mama y su relación con factores pronósticos: estudio de 1.311 pacientes seguidas durante 230 meses. Revista Médica del Uruguay. vol.21 no.2. Montevideo, junio 2005.
http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S1688-03902005000200003&script=sci_arttext

[23] Gervas J. Genes BRCA y mutilaciones preventivas. Una respuesta excesiva si se populariza. Acta Sanitaria, El Mirador. España, 20/5/2013.
<http://www.actasanitaria.com/genes-brca-y-mutilaciones-preventivas-una-respuesta-excesiva-si-se-populariza/>

[24] Cram P, Fendrick AM, Inadomi J, Cowen ME, Carpenter D, Vijan S. The impact of a celebrity promotional campaign on the use of colon cancer screening: the Katie Couric effect. Arch Intern Med. 2003 Jul 14;163(13):1601-5.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12860585>

[25] Mukhtar TK, Yeates DRG, Goldacre MJ. Breast cancer mortality trends in England and the assessment of the effectiveness of mammography screening: population-based study. The Royal Society of Medicine. J R Soc Med June 2013 vol. 106 no. 6 234-242. doi: 10.1177/0141076813486779.
<http://jrs.sagepub.com/content/106/6/234.abstract>

[26] Gofman J, O'Connor E. Radiation from medical procedures in the pathogenesis of cancer and ischemic heart disease: dose-response studies with physicians per 100,000 population, CNR Book Division, 1999.
<http://www.nirs.org/mononline/drjohn.htm>

[27] Febles G. La mamografía como test de screening del cáncer de mama. Revista Opción Médica, No. 36, p.26-30. Montevideo, Uruguay. Junio 2013.
<http://www.opcionmedica.info/images/ediciones/2013/pdf/Junio-2013.pdf>

[28] The Canadian Task Force on Preventive Health Care. Recommendations on screening for breast cancer in average-risk women aged 40–74 years. CMAJ November 22, 2011 vol. 183 no. 17 doi: 10.1503/cmaj.110334.
<http://www.cmaj.ca/content/183/17/1991.full>

[29] Febles G. Aplicaciones del PET en mastología. Revista Opción Médica, No. 37, p.4-8. Montevideo, Uruguay. Agosto 2013.
<http://www.opcionmedica.info/images/ediciones/2013/pdf/Agosto-2013.pdf>

[30] Gérvas J. Uruguay: presidente excepcional y dictadura preventiva institucional. Acta Sanitaria, El Mirador. España, 16/9/2013.
<http://www.actasanitaria.com/uruguay-presidente-excepcional-y-dictadura-preventiva-institucional/>

[31] Cardoso Díaz M. Las mujeres. Comisión del Bicentenario. Colección Nuestro Tiempo, nro 2. Montevideo, Uruguay. 2013-2014.
<http://www.bibliotecadelbicentenario.gub.uy/innovaportal/file/62955/1/nuestro-tiempo-02.pdf>

[32] Darby SC et al. Risk of Ischemic Heart Disease in Women after Radiotherapy for Breast Cancer. 14/3/2013. N Engl J Med 2013;368:987-98. DOI: 10.1056/NEJMoa1209825.
<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1209825>

[33] Harding Center for Risk Literacy. Risks and Benefits of Mammography Screening. Max Planck Institute for Human Development.
<https://www.harding-center.mpg.de/en/health-information/fact-boxes/breast-cancer-early-detection>

[34] Gérvas J, Pérez Fernández M. Sano y Salvo (y libre de intervenciones médicas innecesarias). Barcelona, Los libros del lince, tercera edición, 2013.

[35] Turnes AL. Una norma necesaria: ley de protección radiológica. Academia Nacional de Medicina del Uruguay. Montevideo, 2013.
http://anm.org.uy/index_htm_files/LEY%20DE%20PROTECCION%20RADIOLOGICA.pdf

[36] Evans I, Thornton H, Chalmers I. Cómo se prueban los tratamientos: una mejor investigación para una mejor atención de salud. Biblioteca Británica, 2010.
<http://www.jameslindlibrary.org/pdf/testing-treatments-spanish.pdf>

[37] McCann J, Stockton D, Godward S. Impact of false-positive mammography on subsequent screening attendance and risk of cancer. Breast Cancer Res 2002, 4:R11 doi:10.1186/bcr455.
<http://breast-cancer-research.com/content/4/5/r11>

[38] Dolores Álamo-Junquera et al. Effect of false-positive results on reattendance at breast cancer screening programmes in Spain. Oxford University Press. Eur J Public Health. 2012 Jun;22(3):404-8. doi: 10.1093/eurpub/ckr057. Epub 2011 May 9.
<http://eurpub.oxfordjournals.org/content/22/3/404.full>

[39] Burman ML, Taplin SH, Herta DF, Elmore JG. Effect of false-positive mammograms on interval breast cancer screening in a health maintenance organization. *Ann Intern Med.* 1999;131:1-6. doi:10.7326/0003-4819-131-1-199907060-00002. <http://annals.org/article.aspx?articleid=712788>

[40] Baum M. Harms from breast cancer screening outweigh benefits if death caused by treatment is included. *BMJ* 2013;346:f385. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.f385>. <http://www.bmj.com/content/346/bmj.f385>

[41] Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. The benefits and harms of breast cancer screening. *The Lancet.* Volume 381, No. 9869, p799, 9 March 2013. [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60618-2/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60618-2/fulltext)

[42] Unión Europea. Diario Oficial de la Unión Europea. Directiva 2013/59/EURATOM. 5/12/2013. <http://www.boe.es/doue/2014/013/L00001-00073.pdf>

[43] Thornton H. Bringing an end to mandatory breast cancer screening in Uruguay. *BMJ* 2014;348:g390. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.g390>. 21/1/2014. <http://www.bmj.com/content/348/bmj.g390?ijkey=c6S57MpN9FUaoz2&keytype=ref>

[44] Convención por la eliminación de todas formas de discriminación contra la mujer. Reports submitted by states parties under article 18 of the CEDAW (combined fourth, fifth, sixth and seventh periodic reports of States parties). Uruguay, 21/7/2007. <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N07/408/93/PDF/N0740893.pdf?OpenElement>

[45] Heath, Iona. It is not wrong to say no. *BMJ* 2009;338:b2529. 23/6/2009. <http://www.bmj.com/content/338/bmj.b2529>

[46] Redberg RF, Smith-Bindman R. We are giving ourselves cancer. *New York Times*, 30/1/2014. <http://www.nytimes.com/2014/01/31/opinion/we-are-giving-ourselves-cancer.html?hp&rref=opinion&r=3>

[47] Comisión Europea. Protección radiológica 118: guía de indicaciones para la correcta solicitud de pruebas de diagnóstico por imagen. 2000. <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/fismed/pr118.pdf>

[48] Sociedad Argentina de Radiología. Guía de recomendaciones para la correcta solicitud de pruebas de diagnóstico por imagen. Academia Nacional de Medicina del Uruguay. <http://anm.org.uy/documents/GuiaSolicituddepruebasdediagnosticoporimagen.pdf>

[49] Biller-Andorno N, Jüni P. Abolishing Mammography Screening Programs? A View from the Swiss Medical Board. *N Engl J Med* 2014; 370:1965-1967. May 22, 2014. <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMp1401875>

[50] Gervas J. La lucha contra las mamografías obligatorias y por los derechos humanos. Ana Rosengurtt, de Uruguay. Acta Sanitaria, El Mirador. España, 9/2/2014. <http://www.actasanitaria.com/la-lucha-contra-las-mamografias-obligatorias-y-por-los-derechos-humanos-ana-rosengurtt-de-urugua/>

[51] Miller AB, Wall C, Baines CJ, Sun P, To T, Narod SA. Twenty five year follow-up for breast cancer incidence and mortality of the Canadian National Breast Screening Study: randomised screening trial. BMJ. 2014 Feb 11;348:g366. doi: 10.1136/bmj.g366. <http://www.bmj.com/content/348/bmj.g366>

[52] Brodersen J, Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. The benefits and harms of screening for cancer with a focus on breast screening. US National Library of Medicine National Institutes of Health. 2010 Mar;120(3):89-94. PMID: 20332715. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=20332715>

[53] Brenner DJ, Hall J. Computed Tomography — An increasing source of radiation exposure. N Engl J Med 2007;357:2277-84. <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra072149>

[54] Lousdal ML, Kristiansen IS, Møller B, Støvring H. Trends in breast cancer stage distribution before, during and after introduction of a screening programme in Norway. Oxford University Press. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/cku015>. 4/3/2014. <http://eurpub.oxfordjournals.org/content/24/6/1016>

[55] Rodríguez González, Islay et al. “Falsos biológicos positivos por VDRL en el diagnóstico serológico de la sífilis” en Rev Cubana Med Trop 2006;58(1). http://www.bvs.sld.cu/revistas/mtr/vol58_1_06/mtr15106.htm

Sanguinetti-Díaz, Cecilia. “Pruebas de laboratorio en el diagnóstico de la sífilis” en Dermatología Peruana Vol. 10, Suplemento N° 1 (2000). http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/dermatologia/v10_sup1/pruebas_lab.htm

[56] Rosengurtt, Ana. “Biototalitarismo en Uruguay” en Revista de Derecho Público, n.49. (2016), pp.169-185. <http://revistaderechopublico.com/revistas/49/archivos/Rosengurtt49.pdf>