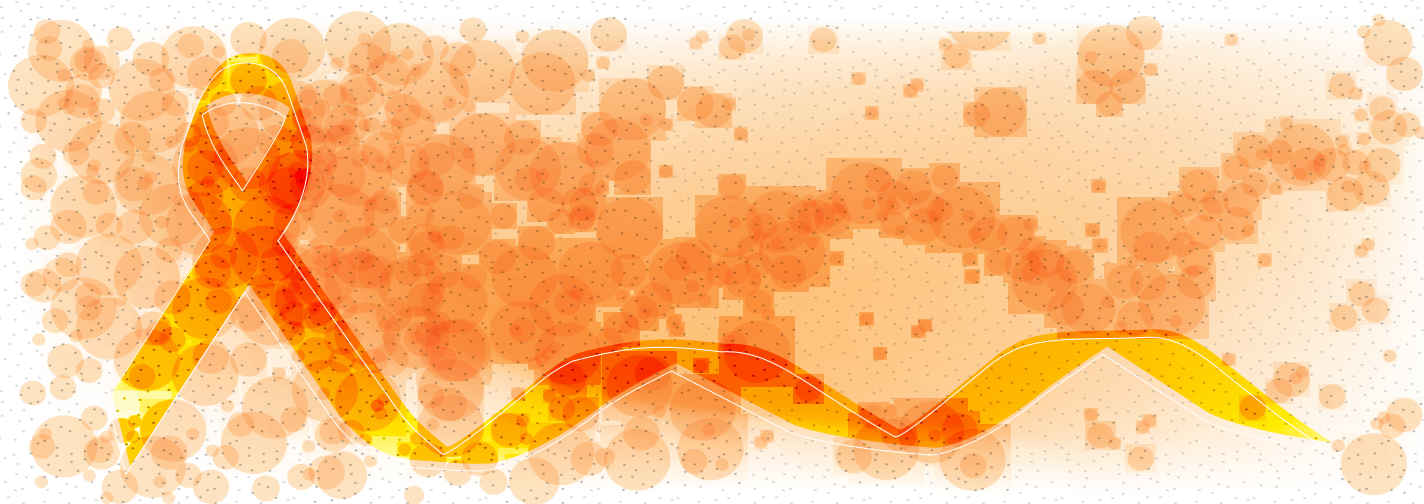


DIGNIDAD Y DERECHOS HUMANOS EN LA ATENCIÓN  
DE LAS MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

Luis Alberto Villanueva Egan, Miguel Ángel Lezana Fernández



El cáncer de mama es la neoplasia maligna más frecuente en las mujeres; cada año se diagnostican 1.67 millones de casos nuevos en el mundo, lo que representa 25% del cáncer en mujeres, y la mortalidad por esta causa muestra una tendencia ascendente. En México es la primera causa de muerte por cáncer en la mujer: alrededor de 14 mujeres mueren cada día por cáncer de mama, siendo el grupo de edad más afectado el de 50 a 69 años.<sup>1</sup>

No obstante la mayor disponibilidad y acceso a los servicios de salud en nuestro país, se observa una progresión ascendente en la tendencia de las tasas estandarizadas de defunciones por cáncer de mama en mujeres de 25 años y más: 13 defunciones por cada 100,000 mujeres en la década de los años 1990; 14.5 en el año 2000; 16.2 en 2010, y 18 en 2015. La Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011 para la Prevención, Diagnóstico, Tratamiento, Control y Vigilancia Epidemiológica del Cáncer de Mama, contempla tres medidas de detección: la autoexploración, el examen clínico de las mamas y la mastografía.<sup>2</sup> Sin embargo, se estima que menos de 10% de los casos se detectan de manera oportuna y más de 50% de esos casos se encuentran en estadios avanzados.<sup>1</sup> De acuerdo con los registros institucionales, la cobertura de detección de cáncer de mama con mastografía en mujeres de 50 a 69 años se incrementó entre 2007 y 2012, al pasar de 8.5 a 20.2%. Si bien representa un avance importante, continúa siendo del todo insuficiente.<sup>3</sup>

La baja cobertura de la detección temprana y, en consecuencia, el retraso diagnóstico causan una menor supervivencia, menor calidad de vida, un uso menos eficiente de los recursos y, sobre todo, un aumento de la letalidad. Esta realidad sugiere que la cobertura de la protección social en salud es una condición necesaria pero insuficiente para reducir las desigualdades en el acceso a la atención primaria.

No basta contar con un marco legal y regulatorio pertinente para alcanzar el acceso universal al tratamiento del cáncer de mama; es decir un acceso efectivo y oportuno a una infraestructura de servicios de salud y a recursos humanos suficientes, capacitados y sensibles para satisfacer la demanda de tales servicios.

Para la filósofa María Teresa López de la Vieja<sup>4</sup>, la dignidad en sentido pleno implica algo semejante a “tener derecho a bienes públicos”. Es decir, se requiere de algún tipo de organización jurídica, social y política que reconozca y proteja la integridad personal y las libertades fundamentales. En este sentido, para que el acceso a los productos y servicios más adecuados para la conservación de la salud permitan una existencia con autonomía plena y derechos efectivos, se requiere el diseño e implantación de políticas de Estado que permitan hacer realidad el ejercicio efectivo del derecho a los bienes públicos.

Por tanto, enfatiza López de la Vieja<sup>4</sup>, más allá de las garantías y los derechos fundamentales, está la noción amplia de dignidad, relacionada con la noción

amplia de dignidad, relacionada con la situación de los ciudadanos y con sus demandas en la esfera pública. La posibilidad de que los derechos se hagan realidad dependerá del tipo de organización social y política, si este permite o impide a las personas tener derecho a bienes públicos. Pocos ámbitos como el de la salud son tan propicios para entender que el acceso efectivo a ciertos recursos es fundamental para el ejercicio de la autonomía. Tener derecho a bienes sociales es un requisito de la dignidad plena.

Es decir, mientras el discurso sobre los derechos humanos es cada vez más recurrente, la privación de ellos no es el producto final de procesos abstractos, sino que ocurre en lo cotidiano, como puede suceder en la interacción entre las mujeres y los profesionales de la salud en los centros de salud y hospitales públicos en la forma de salas de espera, demoras interminables y una asistencia de mala calidad. En estos casos son las instituciones públicas de salud, uno de los ámbitos emblemáticos de espera y en donde la relación entre los sujetos y el Estado va en detrimento del ejercicio de la ciudadanía y de los derechos humanos.

Consideraciones como estas nos revelan que el derecho a la salud se encuentra en el centro del debate entre la objetivación, característica de la mercantilización, la medicalización y la burocratización, y la primacía de la dignidad. Esta confrontación atraviesa desde la relación entre los profesionales, las instituciones y los usuarios, hasta la formulación e implantación de las políticas públicas y en la asignación de los presupuestos para salud.

Pese a los avances del sistema público de salud en México tendientes a asegurar que todos los mexicanos tengan un acceso adecuado a los medios para procurar su bienestar en términos de salud, casos específicos como las largas esperas en los servicios médicos, la escasez y mala organización de los recursos, la ausencia de supervisión por parte de los médicos adscritos hacia los profesionales en formación en los hospitales, el trato despótico que en ocasiones reciben los usuarios de los servicios por algún integrante del equipo de salud, la indiferencia ante el sufrimiento y hasta la incompetencia, son factores que violan el derecho humano a la salud, y que se suman a la imposibilidad de una porción de la población mexicana, para acceder a los servicios de salud.

No obstante sus limitantes, actualmente el mejor escudo contra las violaciones de la dignidad de las personas son los derechos humanos como resultado de consensos jurídicamente positivizados que adquirirán

mayor legitimidad desde el punto de vista moral en la medida en que involucren a un número mayor de ciudadanos.

El reclamo universal del derecho a la salud genera deberes y acciones de tres tipos básicos: respeto, protección y garantía. En este sentido, el respeto y la promoción del derecho a la salud, resulta fundamental para lograr una “vida digna”, donde la solidaridad y la justicia social van en primer lugar, por sobre la acumulación, la competencia, el mercado y el poder de las burocracias.

En “La bioética en una sociedad liberal” Max Charlesworth dice lo siguiente: “En cualquier sociedad económicamente desarrollada, el sistema sanitario se enfrenta a la necesidad de decidir (bien formal o bien informalmente) qué proporción de los recursos totales de la comunidad deben gastarse en la asistencia sanitaria; cómo se van a distribuir estos recursos; qué enfermedades, discapacidades y formas de tratamiento deben tener prioridad; qué miembros de la comunidad tienen que recibir consideración especial con respecto a sus necesidades sanitarias, y qué formas de tratamiento son las más eficaces en relación con el costo”. En otra parte del mismo texto continúa: “Pero la asignación de los recursos para la salud no sólo es materia de racionamiento costo-beneficio eficaz, sino, por encima de todo, es un tema de justicia humana o equidad, en el que la prioridad es sopesar debidamente los intereses de cada una de las partes implicadas –pacientes, profesionales de la salud, comunidad en general. En una sociedad democrática la gente debería tener, dentro de lo posible, alternativas y opciones verdaderas en la asistencia sanitaria, así como un grado real de control sobre la utilización de los recursos en salud”.<sup>5</sup>

Se reconocen tres enfoques principales orientados a la reducción de las inequidades en salud: 1) centrar los esfuerzos en la población más vulnerable; 2) reducir la brecha de salud mediante la mejora de la salud de los más vulnerables en relación con los de mejores condiciones de vida, y 3) reducir las inequidades sociales en toda la población. Es necesario enfatizar que es en el ámbito de las políticas públicas donde se pueden lograr los beneficios que una inversión racional en salud genera para el crecimiento económico y la reducción de la pobreza. Si bien, la ampliación de la cobertura con calidad en salud representa un derecho de la ciudadanía, la protección efectiva del derecho a la salud de la población no es una condición que se dé en forma automática sólo con acciones sanitarias específicas orientadas a la mejora del acceso y la calidad de los servicios.<sup>6</sup>



La inversión y el acceso efectivo a la protección social en salud deben ser las adecuadas para contribuir a abatir los rezagos existentes. Es decir, tan importante es el incremento del gasto social y del gasto en salud como una adecuada asignación de los recursos a las intervenciones que generen el mayor beneficio a la población en términos de calidad de vida; además, es imperioso reorientar el gasto desde un modelo curativo o paliativo hacia un modelo que privilegie la promoción y la protección de la salud, es decir, orientar los esfuerzos hacia los postulados de la Atención Primaria de la Salud como estrategia sanitaria para lograr el bienestar humano y un desarrollo socio-económico sostenido, hoy más necesaria que nunca.

#### Referencias

1. Maza-Fernández ME, Vecchi-Martini E. El cáncer de mama en México: evolución, panorama actual y retos de la sociedad civil. *Salud Publica Mex* 2009; supl 2: S329-S334.
2. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2011 para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama, actualizada en 2011 y publicada en el DOF [en línea] 09 de junio de 2011. Disponible en: [http://www.dof.gob.mx/nota\\_detalle.php?codigo=5194157&fecha=09/06/2011](http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5194157&fecha=09/06/2011)
3. Programa de Acción Específico. Prevención y Control del Cáncer de la Mujer 2013-2018. México: Secretaría de Salud, 2013.
4. López de la Vieja MT. Dos conceptos de dignidad. En: *Bioética y ciudadanía. Nuevas fronteras de la Ética*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2008, p. 261-278.
5. Charlesworth MJ. La bioética en una sociedad liberal. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.
6. Borrero RYE. Derecho a la salud, justicia sanitaria y globalización: un debate pendiente. *Revista Facultad Nacional de Medicina* 2011; 29: 299-307.