

Debate

A favor del lazo rosa y la prevención del cáncer de mama: diferentes puntos de vista



In favour of the pink ribbon and breast cancer prevention: various points of view

Rosa Puigpinós-Riera* y Gemma Serral

Agència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 19 de octubre de 2016

Aceptado el 19 de octubre de 2016

On-line el 19 de diciembre de 2016

El lazo rosa: cómo empieza

La primera vez que un lazo de color fue utilizado como un símbolo para concienciar sobre alguna causa justa fue en 1979, cuando la esposa de un soldado norteamericano secuestrado en Irak utilizó un lazo amarillo para que su marido volviera a casa. Más tarde, un grupo de artistas utilizó un lazo para recordar a las víctimas del sida. El color elegido esta vez fue el rojo pasión. En 1990, la fundación Susan G. Kommen, una de las más grandes de los Estados Unidos orientada al tratamiento contra el cáncer de mama, ofreció unas viseras de color rosa para las personas que participaban en sus eventos. Paralelamente, Susan Haley, superviviente de cáncer de mama, emprendió una campaña de venta de lazos de color melocotón con la siguiente leyenda: «El presupuesto anual del Instituto Nacional del Cáncer es de 1,8 billones de dólares y solamente el 5% está destinado a la prevención». En 1992, la fundación Kommen, la compañía Estee Lauder y la revista *SELF* realizaron una campaña para recaudar fondos en beneficio del cáncer de mama. Susan Haley no quiso participar en esta campaña al no poder utilizar el color melocotón de sus lazos, y finalmente se eligió el rosa de las viseras de la fundación Kommen. Fue así como el rosa se asoció a las campañas del cáncer de mama¹.

Todos los años las calles se llenan de lazos de color rosa y con ello ha sucedido como con tantos actos que empiezan con unos fines loables y que acaban popularizándose, aparecen filántropos a su alrededor y en algunos contextos llegan a ocupar los vacíos que debería cubrir el Estado². En ocasiones se mercantilizan hasta tal punto que algunas de las empresas que sacan rédito con ello son productoras de artículos dudosos³.

El escaso éxito conseguido en campañas similares referentes a otras enfermedades, que afectan a hombres y mujeres, lleva a pensar a los expertos en comunicación si no estará relacionado con el hecho de que el cáncer de mama es una enfermedad femenina⁴ que afecta a lo más íntimo de la mujer y a su feminidad. Y mientras algunas mujeres se sienten incómodas con la campaña del lazo

rosa, asociaciones de mujeres fomentan las acciones vinculadas al Día Internacional del Cáncer de Mama; por ejemplo, participan en las carreras y caminatas que se organizan, las cuales, según ellas, «contribuyen a mejorar la forma física, recaudar dinero y proporcionan momentos divertidos y emocionantes a las participantes»; promueven la distribución de lazos y distintivos en zonas estratégicas de pueblos y ciudades; y animan a que el mes de octubre sea un mes distinto en las vidas de las afectadas por el cáncer de mama⁵, llamando la atención de los medios de comunicación, la comunidad científica, los decisores políticos y los financiadores públicos y privados; todos confluyen, por un día al menos, en el mismo tema.

¿Y qué hay de la detección precoz?

Uno de los aspectos reivindicados todos los años por las mujeres (recordemos a la propia Susan Haley) es la prevención, entendiendo por *prevención* la detección precoz o prevención secundaria. Aquí de nuevo nos enfrentamos a diferentes contradicciones: por un lado, entre mujeres y profesionales, y por otro, entre los propios profesionales. Desde una perspectiva global, estamos en un mundo en el que hay países cuya población asiste impotente a un incremento del cáncer. Los países con ingresos medios y bajos (PIMB)⁶ tienen un serio problema al no poder contar con los recursos necesarios para llevar a cabo la detección precoz y, por eso, se trabaja para tratar de encontrar estrategias adaptadas a cada situación⁷, como por ejemplo organizando campañas móviles⁸. La paradoja es que, mientras en estos países piensan en estrategias para poder hacer cribado, en nuestro mundo, en ciertos sectores, se alzan voces en contra. Y claro, en un mundo globalizado, cuando algunas de las mujeres de los PIMB llegan a un país occidental, se despliegan estrategias para llegar a ellas y convencerlas de que se hagan mamografías. Ellas, por su parte, cuentan que el cáncer de mama es una enfermedad tabú, entre otras cosas porque en sus lugares de origen es intratable, incurable y está considerada una enfermedad de ricos^{9–11}.

Además, han de convivir con las creencias y la corriente de pensamiento de la sociedad de acogida; por ejemplo, frente a la toma de decisión informada ante todo acto médico y el cuestionamiento sobre la eficacia del cribado. Se ha escrito mucho sobre

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: rpuigpi@aspb.cat (R. Puigpinós-Riera).

estos aspectos y las opiniones son muy contradictorias en función de la ideología de quien escribe. Por tanto, ¿cómo podemos informar de manera clara y objetiva a las mujeres que quieren ser informadas y obtener una recomendación experta? Todos estamos de acuerdo en que no hay que maximizar los beneficios, pero tampoco debemos maximizar los riesgos¹². Esto último suele suceder cuando se trata un tema tan complicado como el sobrediagnóstico: se afirma que la mitad de los cánceres diagnosticados en el cribado son un sobrediagnóstico, pero en realidad no es así, o como mínimo no lo sabemos con certeza; o se dice que el cribado no merece la pena, porque no modifica la mortalidad de las mujeres que se someten a él, mientras que algunos estudios apuntan en la dirección contraria¹³.

Lo que sí parece cierto, según los resultados obtenidos en los últimos 25 años de programas en Europa, es que con ellos se evitan entre 7 y 9 muertes por cada 1000 mujeres que participan, que la estimación más plausible del sobrediagnóstico es del 6,5% y que el riesgo acumulado de tener un falso positivo es de entre el 8% y el 21%¹⁴. Tenemos, pues, la obligación de informar con objetividad y teniendo en cuenta la diversidad social y cultural de la población. Para ello es necesario trabajar conjuntamente desde los distintos niveles asistenciales promoviendo la sensibilización, sea directamente con la población o a través de agentes cercanos a ella.

Cómo actuar

Es importante tener cuidado al emitir juicios de valor ante cualquier acto. Tienen razón las voces detractoras que hablan de los intereses comerciales que se esconden detrás de la campaña del lazo rosa y de la manipulación que con ello puedan sentir algunas mujeres. Porque, además, como en una ocasión me dijo una amiga que ha padecido cáncer, «el cáncer de mama es de muchos colores, y muchas veces bien oscuros, y lo que transmite el rosa es que todo es maravilloso, incluso glamuroso». Pero también tiene razón el otro sector no menos importante de mujeres afectadas que sienten que es un día muy importante para ellas, y perciben de manera real que no están solas, que se está trabajando para y por ellas, y que se obtienen unos beneficios que revierten en la investigación y en otros campos de trabajo, aunque no sea al 100%, pero no les importa que sea así. No todas las campañas las organizan las grandes corporaciones; en muchos pueblos se organizan actos y el dinero recolectado se dona a un médico, a un hospital o a un servicio de oncología, de manera clara y directa.

En el mismo sentido, también podríamos plantearnos si, cuando hay una gran catástrofe y se organizan conciertos en los que artistas famosos actúan de forma altruista y recolectan grandes cantidades de dinero, es realmente altruista o revierte en beneficio propio; si el dinero que se consigue llega realmente a donde tiene que llegar;

y si cuando finalmente llega se gestiona bien. De este estilo podríamos encontrar muchos ejemplos, porque en definitiva todo tiene la otra cara de la moneda. Pero, buscando la pureza, ¿vamos a dejar de actuar? ¿O tal vez vamos a marcarnos unos límites éticos que intentaremos respetar para recuperar la esencia del primer lazo?

Contribuciones de autoría

Ambas autoras han contribuido a la escritura del debate.

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Edge J. Pink ribbons for breast cancer awareness - a perspective. *S Afr Med J*. 2014;104:321.
2. Himelfarb R, King S. Pink ribbons: breast cancer and the politics of philanthropy. *J Health Polit Policy Law*. 2009;34:846–9.
3. Mart S, Giesbrecht N. Red flags on pinkwashed drinks: contradictions and dangers in marketing alcohol to prevent cancer. *Addiction*. 2015;110:1541–8.
4. Champion C, Berry TR, Kingsley B, et al. Pink ribbons and red dresses: a mixed methods content analysis of media coverage of breast cancer and heart disease. *Health Commun*. 2016;31:1242–9.
5. Kelleher K. Pink ribbons and beyond. Ways to help in the fight against breast cancer. *Nurs Women's Health*. 2010;14:409–12.
6. Demment M, Peters K, Dykens JA, et al. Developing the evidence base to inform best practice: a scoping study of breast and cervical cancer reviews in low and middle income countries. *Plos One*. 2015;10:e0134618.
7. Sankaranarayanan R, Bofetta P. Research on cancer prevention, detection and management in low and medium income countries. *Ann Oncol*. 2010;21:1932–43.
8. Mauad EC, Nicolau SM, Moreira LF, et al. Adherence to cervical and breast cancer programs is crucial to improving screening performance. *Rural Remote Health*. 2009;9:1241.
9. Puigpinós-Riera R, Pons-Vigués M, Serral G, et al. Tengo intención de hacerme una mamografía: estadios de adopción para realizar control mamográfico en mujeres de distinto origen cultural y social. *Psicooncología*. 2012;9:7–23.
10. Pons-Vigués M, Puigpinós-Riera R, Rodríguez-Arjona D, et al. Country of origin and prevention of breast cancer: beliefs, knowledges and barriers. *Health and Place*. 2012;18:1270–81.
11. Pons-Vigués M, Puigpinós-Riera R, Serral G, et al. Knowledge, attitude and perceptions of breast cancer screening among native and immigrant women in Barcelona, Spain. *Psycho-Oncology*. 2012;21:618–29.
12. Asuncion N. En apoyo a la inversión en cribado. *Gac Sanit*. 2013;27:369–71.
13. Pons-Vigués M, Puigpinós R, Cano-Serral G, et al. Breast cancer mortality in Barcelona following implementation of a city breast cancer-screening program. *Cancer Detect Prev*. 2008;32:162–7.
14. Paci E, EUROSCREEN Working Group. Summary of the evidence of breast cancer service screening outcomes in Europe and first estimate of the benefit and harm balance sheet. *J Med Screen*. 2012;19 (Suppl 1):5–13.