ANÁLISIS DEL CRIBADO DEL CÁNCER EN ESPAÑA DESDE UNA PERSPECTIVA DE EQUIDAD

AUTORÍA:

Molina Barceló, Ana, Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunidad Valenciana (FISABIO, Salud Pública)

Moreno Salas, Julia, Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunidad Valenciana (FISABIO, Salud Pública)

Peiró Pérez, Rosana, Conselleria de Sanitat Universal y Salut Pública, Comunitat Valenciana. Direcció General de Salut Pública. Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunidad Valenciana (FISABIO, Salud Pública). CIBERESP

Salas Trejo, Dolores, Secretaria Autonòmica, Conselleria de Sanitat Universal y Salut Pública, Comunitat Valenciana

Grupo de Desigualdades en el Cribado de Cáncer de la Sociedad Española de Epidemiología

COLABORADORES/AS:

Ascunce Elizaga, Nieves. Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, Navarra

Arizmendi González, Rosa. Consejería de Sanidad, Castilla-La Mancha

Baroja Mazo, Araceli. Fundación Rioja Salud-Servicio Riojano de Salud, La Rioja

Binefa Rodriguez, Gemma. Catalan Institute of Oncology-IDIBELL; L'Hospitalet, Cataluña

de la Vega Prieto, Mariola. Servicio Canario de la Salud, Canarias

Echegaray, Rosario. Consejería de Salud y Asuntos Sociales, Andalucía

Ederra Sanz, María. Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, Navarra

Espinàs Piñol, Josep Alfons. Catalan Cancer Strategy, Cataluña

Garcia Martínez, Montse. Catalan Institute of Oncology-IDIBELL; L'Hospitalet, Cataluña

González de Aledo, Álvaro. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Gobierno de Cantabria, Cantabria

Hernández Alba, María Rosario. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias, Asturias

Ibañez Cabanell, Josefa. Conselleria de Sanitat Universal y Salut Pública, Comunitat Valenciana. Direcció General de Salut Pública.

Miranda García, Josefa. Conselleria de Sanitat Universal y Salut Pública, Comunitat Valenciana. Direcció General de Salut Pública.

Pérez Riquelme, Francisco. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad, Murcia. Instituto Murciano de Investigaciones Biomédicas (IMIB)

Pérez Sanz, Elena. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Dirección General de Salud Pública, Valencia

Portillo Villares, Isabel. Osakidetza. Dirección General, País Vasco

Prieto García, Miguel A. Consejería de Sanidad, Asturias

Sánchez-Contador Escudero, Carmen. Direcció General de Salut Pública i Consum. Conselleria de Salut, Illes Balears

Sánchez Movellán, Mar. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, Cantabria

Sánchez Romero, Jose María. Consejería de Sanidad y Consumo, Ceuta

Sarriugarte Irigoien, Garbiñe. Osakidetza. Dirección General. Servicio Vasco de Salud, País Vasco

Vidan Alli, Juana. Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra, Navarra

Zubizarreta Alberdi, Raquel. Consellería de Sanidade da Xunta de Galicia, Galicia

AGRADECIMIENTOS

Guarro Espinosa, David. Universitat de València.

Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana (FISABIO, Salud Pública)

Valencia, abril de 2016

Este estudio se ha realizado en el contexto de la Acción Conjunta "European Partnership for Action Against Cancer" (EPAAC), financiada por la DG SANTE, dentro del Grupo de Trabajo 6 sobre "Cribado y Detección Precoz".

ÍNDICE

Resumen ejecutivo

1. INTRODUCCIÓN

2. OBJETIVOS

3. METODOLOGÍA

a) Diseño del estudio

b) Población de estudio

c) Recogida de datos

d) Diseño del cuestionario

e) Análisis y presentación de los datos

4. RESULTADOS

4.1. CÁNCER DE MAMA

4.1.1. Tipo de programa de cribado (cáncer de mama)

4.1.2. Intervalo de edad según las recomendaciones del Sistema Nacional de Salud y la Comisión Europea (cáncer de mama)

4.1.3. Grupos sociales sin cobertura (cáncer de mama)

4.1.4. Seguimiento de las recomendaciones de tasas de participación de Comisión Europea (cáncer de mama)

4.1.5. Monitorización de la participación según variables socioeconómicas (cáncer de mama)

4.1.6. Grupos sociales con menor participación (cáncer de mama)

4.1.7. Elaboración de estudios específicos sobre barreras y facilitadores en la participación (cáncer de mama)

4.1.8. Intervenciones realizadas para reducir las desigualdades en participación (cáncer de mama)

4.1.9. Uso de mecanismos de participación social (cáncer de mama)

4.1.10. Inclusión de perspectiva intersectorial (cáncer de mama)

4.2. CÁNCER COLORRECTAL

4.2.1. Tipo de programa de cribado (cáncer colorrectal)

4.2.2. Intervalo de edad según las recomendaciones del Sistema Nacional de Salud (cáncer colorrectal)

4.2.3. Grupos sociales sin cobertura (cáncer colorrectal)

4.2.4. Porcentaje de participación de acuerdo con las recomendaciones de la Comisión Europea (cáncer colorrectal)

4.2.5. Monitorización de la participación según variables socioeconómicas (cáncer colorrectal)

4.2.6. Grupos sociales con menor participación (cáncer colorrectal)

4.2.7. Elaboración de estudios específicos sobre barreras y facilitadores en la participación (cáncer colorrectal)

4.2.8. Intervenciones realizadas para reducir las desigualdades en participación (cáncer colorrectal)

4.2.9. Uso de mecanismos de participación social (cáncer colorrectal)

Inclusión de perspectiva intersectorial (cáncer colorrectal)

4.3. CÁNCER DE CÉRVIX

4.3.1. Tipo de programa de cribado (cáncer de cérvix)

4.3.2. Intervalo de edad según las recomendaciones del Sistema Nacional de Salud (cáncer de cérvix)

4.3.3. Grupos sociales sin cobertura (cáncer de cérvix)

4.3.4. Porcentaje de participación de acuerdo con las recomendaciones de la Comisión Europea (cáncer de cérvix)

4.3.5. Monitorización de la participación según ejes de desigualdad (cáncer de cérvix)

4.3.6. Grupos sociales con menor participación (cáncer de cérvix)

4.3.7. Elaboración de estudios específicos sobre barreras y facilitadores en la participación (cáncer de cérvix)

4.3.8. Intervenciones realizadas para reducir las desigualdades en participación (cáncer de cérvix)

4.3.9. Uso de mecanismos de participación social (cáncer de cérvix)

4.3.10. Inclusión de perspectiva intersectorial (cáncer de cérvix)

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6. GLOSARIO DE TÉRMINOS

REFERENCIAS

FIGURAS Y TABLAS

ANEXOS

Listado de Figuras

Figura 1a. Tipo de programa de cribado (cáncer de mama)

Figura 1b. Porcentaje de programas según tipo de programa (cáncer de mama)

Figura 1c. Tipo de programa de cribado (cáncer colorrectal)

Figura 1d. % de programas según tipo de programa (cáncer colorrectal)

Figura 1e. Tipo de programa de cribado (cáncer de cérvix)

Figura 1f. Porcentaje de programas según tipo de programa (cáncer cérvix)

Figura 2a. Seguimiento del intervalo de edad de acuerdo a las recomendaciones del Sistema Nacional de Salud y la Comisión Europea (cáncer de mama)

Figura 2b. Porcentaje de Autonomías que siguen las recomendaciones del Sistema Nacional de Salud y la Comisión Europea respecto al intervalo de edad (cáncer de mama)

Figura 2c. Seguimiento del intervalo de edad de acuerdo a las recomendaciones del Sistema Nacional de Salud y la Comisión Europea (cáncer colorrectal)

Figura 2d. Porcentaje de Autonomías que siguen las recomendaciones del Sistema Nacional de Salud y la Comisión Europea respecto al intervalo de edad (cáncer colorrectal)

Figura 2e. Seguimiento del intervalo de edad de acuerdo a las recomendaciones del Sistema Nacional de Salud y la Comisión Europea (cáncer de cérvix)

Figura 2f. Porcentaje de Autonomías que siguen las recomendaciones del Sistema Nacional de Salud y la Comisión Europea respecto al intervalo de edad (cáncer de cérvix)

Figura 3a. Grupos sociales sin cobertura (cáncer de mama)

Figura 3b. Porcentaje Autonomías que declaran tener grupos sociales sin cobertura (cáncer de mama)

Figura 3c. Grupos sociales sin cobertura (cáncer colorrectal)

Figura 3d. Porcentaje Autonomías que declaran tener grupos sociales sin cobertura (cáncer colorrectal)

Figura 3e. Grupos sociales sin cobertura (cáncer de cérvix)

Figura 3f. Porcentaje Autonomías que declaran tener grupos sociales sin cobertura (cáncer de cérvix)

Figura 4a. Seguimiento de las recomendaciones de tasas de participación de Comisión Europea (cáncer de mama)

Figura 4b. Porcentaje de Autonomías que alcanzan las recomendaciones de tasas de participación de la Comisión Europea (cáncer de mama)

Figura 4c. Seguimiento de las recomendaciones de tasas de participación de Comisión Europea (cáncer colorrectal)

Figura 4 d. Porcentaje de Autonomías que alcanzan las recomendaciones de tasas de participación de la Comisión Europea (cáncer colorrectal)

Figura 4e. Seguimiento de las recomendaciones de tasas de participación de Comisión Europea (cáncer de cérvix)

Figura 4f. Porcentaje de Autonomías que alcanzan las recomendaciones de tasas de participación de la Comisión Europea (cáncer de cérvix)

Figura 5a. Monitorización de la participación según ejes de desigualdad (cáncer de mama)

Figura 5b. Porcentaje de Autonomías que monitorizan la participación según ejes de desigualdad (cáncer de mama)

Figura 5c. Monitorización de la participación según ejes de desigualdad (cáncer colorrectal)

Figura 5d. Porcentaje de Autonomías que han monitorizado la participación a través de ejes de desigualdad (cáncer colorrectal)

Figura 5e. Monitorización de la participación según ejes de desigualdad (cáncer de cérvix)

Figura 5f. Porcentaje de Autonomías que han monitorizado la participación a través de ejes de desigualdad (cáncer de cérvix).

Figura 6a. Autonomías que identifican grupos sociales con menores tasas de participación (cáncer de mama)

Figura 6b. Porcentaje de Autonomías que identifican grupos sociales con menores tasas de participación (cáncer de mama)

Figura 6c. Grupos sociales con menores tasas de participación (cáncer de mama)

Figura 6d. Grupos sociales con menor participación (cáncer colorrectal)

Figura 6e. Porcentaje de Autonomías que identifican grupos sociales con menores tasas de participación (cáncer colorrectal)

Figura 6 f. Grupos sociales identificados con menor participación (cáncer colorrectal)

Figura 6 g. Grupos sociales con menor participación (cáncer de cérvix)

Figura 6h. Grupos sociales con menor participación (cáncer de cérvix)

Figura 7a. Elaboración de estudios específicos sobre barreras y facilitadores en la participación (cáncer de mama)

Figure 7b. Porcentaje de Autonomías que elaboran estudios de barreras y facilitadores de la participación (cáncer de mama)

Figura 7c. Elaboración de estudios específicos sobre barreras y facilitadores en la participación (cáncer colorrectal)

Figura 7d. Porcentaje de Autonomías que han realizado estudios sobre barreras y facilitadores de la participación (cáncer colorrectal)

Figura 7e. Elaboración de estudios específicos sobre barreras y facilitadores en la participación (cáncer de cérvix)

Figura 7f. Porcentaje de Autonomías que han realizado estudios sobre barreras y facilitadores de la participación (cáncer de cérvix)

Figura 8a. Intervenciones realizadas para reducir las desigualdades en participación (cáncer de mama)

Figura 8b. Porcentaje de Autonomías que realizan intervenciones para combatir las desigualdades, por tipo de enfoque (cáncer de mama)

Figura 8c. Intervenciones realizadas para reducir las desigualdades en participación (cáncer colorrectal)

Figura 8d. Porcentaje de Autonomías que realizan intervenciones para combatir las desigualdades, por tipo de enfoque (cáncer colorrectal)

Figura 8e. Intervenciones realizadas para reducir las desigualdades en participación (cáncer de cérvix)

Figura 8f. Porcentaje de autonomías que realizan intervenciones para reducir las desigualdades por tipo de enfoque (Cáncer de cérvix)

Figura 9a. Uso de mecanismos de participación social (cáncer de mama)

Figura 9b. Uso de mecanismos de participación social (Cáncer de mama)

Figura 9c. Tipo de mecanismos de participación social empleados en los programas de cribado (cáncer de mama)

Figura 9d. Uso de mecanismos de participación social (cáncer colorrectal)

Figura 9e. Uso de mecanismos de participación social en cribado (cáncer colorrectal)

Figura 9f. Tipo de mecanismos de participación social empleados en los programas de cribado (cáncer colorrectal)

Figura 9g. Uso de mecanismos de participación social (cáncer de cérvix)

Figura 9h. Tipo de mecanismos de participación social empleados en los programas de cribado (cáncer de cérvix)

Figura 10a. Inclusión de perspectiva intersectorial (cáncer de mama)

Figura 10b. Porcentaje de Autonomías que trabajan desde una perspectiva intersectorial (cáncer de mama)

Figura 10c. Inclusión de perspectiva intersectorial (cáncer colorrectal)

Figura 10d. Porcentaje de Autonomías que trabajan desde una perspectiva intersectorial (Cáncer colorrectal)

Figura 10e. Inclusión de perspectiva intersectorial (cáncer de cérvix)

Figura 10f. Porcentaje de Autonomías que trabajan desde una perspectiva intersectorial (cáncer de cérvix)

Listado de Tablas

Tabla 1. Intervenciones para reducir las desigualdades en el acceso a los programas de cribado (cáncer de mama)

Tabla 2. Intervenciones para reducir las desigualdades en el acceso a los programas de cribado (cáncer colorrectal)

Tabla 3. Intervenciones para reducir las desigualdades en el acceso a los programas de cribado (cáncer de cérvix)

Resumen ejecutivo

Introducción

Las desigualdades sociales en el cáncer se refieren a las desigualdades en salud que abarcan la continuidad del cáncer, a lo largo del ciclo vital. Estas desigualdades en cáncer son injustas y evitables e incluyen desigualdades sociales en prevención, incidencia, prevalencia, detección y tratamiento, supervivencia, mortalidad y en la carga de cáncer y otros problemas de salud y comportamientos en salud relacionados con el cáncer

Una de las estrategias mejor avaladas para la reducción de la mortalidad por cáncer son los programas de cribado. En el año 2003 el Consejo de la Unión Europea recomienda a los estados miembros que desarrollen programas de cribado de cáncer de mama, de cuello de útero y de colon y recto. La estrategia del cáncer del Sistema Nacional de Salud (SNS) en España, actualizada en el año 2009, también recoge la misma recomendación.

Los programas de cribado de tipo poblacional aseguran un acceso más equitativo en comparación con otro tipo de programas, como los oportunistas. Sin embargo también se han identificado desigualdades en los programas poblacionales como la menor participación de los grupos sociales de menor estatus socioeconómico y grupos étnicos minoritarios.

El Consejo de la Unión Europea reconoce la necesidad de potenciar la participación en los programas de cribado de cáncer, asegurando un acceso equitativo, teniendo en cuenta la posibilidad de desarrollar estrategias específicas para determinados grupos socioeconómicos.

Desarrollar programas de cribado desde la perspectiva de equidad contribuiría a reducir las desigualdades en el acceso a los mismos, y por tanto en los resultados en salud.

Objetivo del estudio

El objetivo de este estudio es describir y analizar si los programas de cribado de cáncer colorrectal, cérvix y mama de las Autonomías del Estado Español integran la perspectiva de equidad en todo el proceso del cribado: diseño, implementación y evaluación.

Metodología

Estudio descriptivo transversal mediante la aplicación de un cuestionario enviado por correo electrónico a las personas responsables de los programas de cribado de cáncer colorrectal, de cérvix y de mama de las Autonomías del Estado Español.

La población de estudio fueron 14 Autonomías del Estado Español: Andalucía, Asturias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Cataluña, Ciudad Autónoma de Ceuta, Comunidad Valenciana, Galicia, Islas Baleares, Islas Canarias, La Rioja, Murcia, Navarra y País Vasco.

El cuestionario recogía información sobre las siguientes variables: Características organizativas básicas de los programas, Grupos sociales no cubiertos por los programas, Objetivos específicos para reducir las desigualdades, Monitorización de la participación según variables socioeconómicas, Grupos sociales que participan menos, Estudio e identificación de barreras y/o facilitadores de la participación, Intervenciones para reducir las desigualdades en participación, Mecanismos de participación social y Trabajo intersectorial

El cuestionario se envió a todas las personas de contacto en mayo del 2013, solicitando la información más actualizada disponible referente a los programas de cribado del cáncer y a la integración de la perspectiva de equidad.

Síntesis de resultados

<u>Cribado de Cáncer de mama</u>

Contestaron al cuestionario 14, de las 14 Autonomías incluidas en el estudio. El 93% de las Autonomías cuentan con programas poblacionales totalmente implementados (sólo una autonomía declara cribado oportunista). Todos los programas de mama

incluyen el intervalo de edad recomendado por Sistema Nacional de Salud y la Comisión Europea (50-69 años), pero el 36% lo exceden. Un 29% de las Autonomías declaran que existen grupos sociales dentro de la población diana sin cobertura, como por ejemplo mujeres reclusas y mujeres inmigrantes que no disponen de tarjeta sanitaria. En los programas de mama las tasas de participación alcanzan el nivel aceptable o deseado indicado por las recomendaciones europeas (≥ 70% y ≥ 75% respectivamente) en el 93% de las Autonomías. El 43% de las Autonomías monitoriza la participación según alguna variable socioeconómica además de edad y/o territorio. El 57% de las Autonomías identifican grupos sociales con menores tasas de participación que la media general: mujeres inmigrantes y mujeres con nivel socioeconómico alto y bajo. El 64% de las Autonomías participantes declaran realizar estudios específicos sobre barreras y facilitadores de la participación. La mitad de las Autonomías participantes declaran haber realizado intervenciones, tomando enfoques diferentes pero mayoritariamente con un enfoque complementario. El 93% de las Autonomías ha empleado algún tipo de mecanismo de participación social durante alguna de las fases de diseño, implementación, realización o evaluación del programa. Sólo el 23% de las Autonomías han trabajado conjuntamente con otros sectores profesionales para reducir las desigualdades en cribado de cáncer.

Cribado de cáncer colorrectal (CCR)

Contestaron al cuestionario 8 de las 14 Autonomías incluidas en el estudio. En cuanto a la implantación del programa de cribado del CCR, el 25% de las Autonomías tienen programas poblacionales totalmente implementados, el 50% tienen implantación parcial, y el 25% se encuentran en fase piloto. La mayoría, 7 de 8 Autonomías, siguen las recomendaciones de intervalos de edad del SNS (50-69 años), y una Autonomías no incluye a la población de 50-55. El 50% de las Autonomías declaran que existen grupos sociales de la población diana sin cobertura, como población reclusa y población inmigrante que no dispone de tarjeta sanitaria. Un 71% de las Autonomías alcanzan el nivel aceptable (≥45%) o deseable (≥65%) indicado por las recomendaciones europeas. El 63% de los programas monitorizan la participación según alguna variable socioeconómica además de sexo, edad y/o territorio. Un 50% de las Autonomías identifican grupos sociales con menores tasas de participación que la media general.

Las variables que identifican son el género hombre, la edad joven y residencia en áreas rurales y/o deprimidas. El 62% de las Autonomías participantes declaran realizar estudios específicos sobre barreras y facilitadores de la participación. La mitad de las Autonomías declaran haber realizado intervenciones para reducir las desigualdades en participación con un enfoque predominantemente general. El 87% emplean algún tipo de mecanismo de participación social durante alguna de las fases de diseño, implementación, realización o evaluación del programa. El 12% de las Autonomías trabaja con otros sectores profesionales.

Cribado de cáncer de cérvix

Contestaron al cuestionario 7 de las 14 Autonomías incluidas en el estudio. En cuanto a la implantación y tipo de programa el cribado de cérvix es de tipo oportunista en todas las Autonomías (100%). El 100% siguen los intervalos de edad recomendados (25-65 años). Un 57% de las Autonomías declara que existen grupos sociales en la población diana sin cobertura, como mujeres reclusas y mujeres inmigrantes que no dispone de tarjeta sanitaria. En relación a las tasas de participación ninguna de las Autonomías alcanza el nivel aceptable o deseado indicado por las recomendaciones europeas. El 29% de las Autonomías monitoriza la participación según alguna variable socioeconómica además de edad y/o territorio. Un 57% de las Autonomías identifica grupos sociales con menores tasas de participación que la media general. Los grupos identificados son mujeres con bajo nivel socioeconómico, mujeres con bajo nivel educativo, residentes en áreas rurales y mujeres mayores. El 43% de las Autonomías elabora estudios específicos sobre barreras y facilitadores de la participación en cribado. El 28% de las Autonomías declara haber realizado intervenciones para reducir las desigualdades en participación, 14% de ellas con enfoque general, y 14% con enfoque focalizado en grupos vulnerables. La inclusión de mecanismos de participación social se da en el 29% de las Autonomías. El Trabajo con otros sectores profesionales es del 14% de las Autonomías.

Conclusiones y recomendaciones

- Es necesario avanzar en la implementación de programas de carácter poblacional de acuerdo a las recomendaciones actualizadas del sistema nacional de salud (2009) y de las Guías Europeas.
- Los programas deben adaptar su población diana a los intervalos de edad recomendados por el SNS y la Guías Europeas.
- Debe garantizarse la universalidad del cribado a la población elegible, sin excepciones, garantizando el acceso a toda la población.
- Es necesario aumentar la participación en cribado de cáncer cervical para alcanzar tasas aceptables, Sería conveniente mejorar la participación en el cribado colorrectal y de mama para alcanzar tasas deseables.
- Es conveniente monitorizar la participación por variables socioeconómicas que son determinantes sociales de la salud como el nivel educativo, nivel socioeconómico, etnicidad, etc, para poder abordar estrategias de mejora de la participación de estos grupos vulnerables.
- Es necesario implementar estrategias focalizadas para aumentar la participación de los grupos vulnerables.
- Es necesario profundizar en el conocimiento de las barreras y facilitadores de la participación para diseñar estrategias que promuevan la equidad en el acceso.
- Es conveniente que los programas de cribado en todas las Autonomías realicen intervenciones para reducir las desigualdades en participación identificadas.
- Las intervenciones con enfoque complementario son las más adecuadas para abordar la desigualdad en participación.
- Hay que aumentar los mecanismos de participación social en cribado más allá de la simple información hacia formas más democráticas y hasta el empoderamiento de los grupos sociales.
- Hay que aumentar el trabajo intersectorial

INTRODUCCIÓN

Las desigualdades sociales afectan a diferentes ámbitos de la vida social de las personas. El campo de la salud también se encuentra atravesado por estas desigualdades provocando enormes desigualdades en los resultados en salud, calidad de vida, morbilidad y mortalidad entre diferentes grupos sociales.

Las desigualdades en salud son variaciones injustas y evitables de salud derivadas de la desigual distribución de poder por clase social, género, etnia y/u otras circunstancias, que limitan el acceso de individuos y grupos a recursos clave para su salud. Suponen una barrera de las estructuras sociales a que las personas consigan su más alto nivel de salud alcanzable [1].

Las desigualdades sociales en el cáncer se refieren a las desigualdades en salud que abarcan la continuidad del cáncer, a lo largo del ciclo vital. Estas desigualdades en cáncer incluyen desigualdades sociales en prevención, incidencia, prevalencia, detección y tratamiento, supervivencia, mortalidad y en la carga de cáncer y otros problemas de salud y comportamientos en salud relacionados con el cáncer. [2]

Es de vital importancia conocer la existencia de desigualdades en salud y en cáncer para poder actuar sobre ellas.

Una de las estrategias mejor avaladas para la reducción de la mortalidad por cáncer son los programas de cribado. La Unión Europea [3] y la actualización de las Estrategias del Cáncer del Sistema Nacional de Salud [4] recomiendan la implementación de programas poblacionales de cribado del cáncer de mama, cérvix y colorrectal. La recomendación para el programa de mama es la realización de una mamografía cada dos años a mujeres con edades comprendidas entre los 50 y 69 años; para el CCR la realización de un test de sangre oculta en heces a hombres y mujeres de 50 a 69 años, con carácter bienal; y para el cérvix la realización de una citología cervical a

mujeres que sean o hayan sido sexualmente activas, con edades comprendidas entre 25 y 65 años, con una periodicidad de 3-5 años.

En el Estado español encontramos desigualdades en el grado de implementación entre las diferentes Autonomías, sobre todo en cribado colorrectal. La situación del cribado en el Estado español en 2013 era la siguiente: todas las comunidades tenían programas de cribado de mama poblacionales, 8 Autonomías contaban con programas de cribado colorrectal iniciados, 4 Autonomías en fase piloto, una comunidad con cribado oportunista y 5 Autonomías sin programa. Todas las Autonomías realizaban cribado de cáncer de cérvix, mayoritariamente de forma oportunista, sin invitación explícita a la población diana, aprovechando el contacto de la interesada con el sistema sanitario. [5]

El Consejo de la Unión Europea reconoce la necesidad de potenciar la participación en los programas de cribado de cáncer, asegurando un acceso equitativo, teniendo en cuenta la posibilidad de desarrollar estrategias específicas para determinados grupos socioeconómicos [3].

Los programas de cribado de tipo poblacional aseguran un acceso más equitativo en comparación con otro tipo de programas, como los oportunistas [6]. Sin embargo también se han identificado desigualdades en los programas poblacionales [7], siendo los grupos sociales de menor estatus socioeconómico y pertenecientes a grupos étnicos minoritarios [8] [9].
Desarrollar programas de cribado desde la perspectiva de equidad contribuiría a reducir las desigualdades en el acceso a los mismos, y por tanto en los resultados en salud.

Este estudio analiza si los programas de cribado de cáncer de mama, colorrectal y cérvix de las Autonomías del Estado español tienen en cuenta la perspectiva de equidad en el diseño, implementación, gestión y evaluación de los mismos los que menos participan.

Este estudio forma parte de otro estudio más amplio realizado en el contexto del Proyecto Europeo European Partnership fot Action Agaisnt Cancer (EPAAC) [10].

OBJETIVOS

Objetivo general:

El objetivo de este estudio es describir y analizar si los programas de cribado de cáncer de mama, colorrectal y cérvix de las Autonomías del Estado Español integran la perspectiva de equidad en todo el proceso del cribado: diseño, implementación y evaluación.

Objetivos específicos:

1. Describir las características organizativas básicas de estos programas, es decir, el tipo de programa, el intervalo de edad, las tasas de participación.
2. Identificar si existen grupos sociales que no se encuentran cubiertos por estos programas (excluidos de la población diana por razones diferentes a la edad y el territorio).
3. Analizar si monitorizan la participación atendiendo a variables socioeconómicas como la edad, el género, el nivel educativo, el territorio o el status socioeconómico.
4. Explorar si han identificado desigualdades en la participación por grupo social.
5. Conocer si los programas realizan estudios para identificar barreras y/o facilitadores a la participación
6. Analizar si los programas realizan intervenciones con el objetivo de reducir las desigualdades a la participación.
7. Conocer el grado en que los programas integran mecanismos de participación social en todo el proceso del cribado
8. Conocer si estos programas integran una perspectiva intersectorial.

METODOLOGÍA

a) Diseño del estudio

Estudio descriptivo transversal mediante la aplicación de un cuestionario enviado por correo electrónico a las personas responsables de los programas de cribado de cáncer colorrectal, de cérvix y de mama de las Autonomías del Estado Español.

b) Población de estudio

La población de estudio fueron 14 Autonomías del Estado Español: Andalucía, Asturias, Cantabria, Castilla-La Mancha, , Cataluña, Ciudad Autónoma de Ceuta, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Islas Baleares, Islas Canarias, La Rioja, Murcia, Navarra y País Vasco.

c) Recogida de datos

Los datos se recogieron a través de un cuestionario diseñado ad hoc (Anexo 1) dirigido a las personas responsables de los programas de cribado del cáncer de mama, colorrectal y cérvix. Los datos de contacto de las personas responsables de los programas de cribado de cáncer de las Autonomías del Estado Español se obtuvieron a través de la base de datos de la Red Española de Programas de Cribado de Cáncer [11].

El cuestionario se envió a todas las personas de contacto en mayo del 2013, solicitando la información más actualizada disponible referente a los programas de cribado del cáncer.

d) Diseño cuestionario

Para el diseño del cuestionario se utilizó la "Guía metodológica para integrar la equidad en las estrategias, programas y actividades en salud" [12] para cuestiones específicas relacionadas con la equidad (población excluida, monitorización de la participación, intervenciones para reducir las desigualdades, participación social, intersectorialida, etc.). Para cuestiones relacionadas con las características organizativas de los programas (tipo de programa, intervalo de edad, tasa de

participación…) se utilizaron las "Guías Europeas de Calidad del Cribado de Cáncer" de mama, cérvix y colorrectal [13] [14] [15]

El cuestionario está compuesto por un total de 13 preguntas. Se trata de un cuestionario mixto, con preguntas de respuesta cerradas (respuesta única y/o multirespuesta) así como con preguntas abiertas. Ocasionalmente se insta a los destinatarios a apoyar su respuesta con algún tipo de documentación.

El cuestionario recogía información sobre las siguientes variables:

- **Características organizativas básicas de los programas** (preguntas 1,2,3 y 6):
  - Tipo de programa: poblacional vs oportunista (ver glosario de términos).
  - Gratuidad**:** Si está libre de todo coste, si es un sistema de copago o de otro tipo
  - Intervalos de edad: intervalos de edad de la población diana. Se evalúa el ajuste con las recomendaciones de las Guías Europeas [13] [14] [15].
  - Tasas de participación: porcentaje de personas que participan sobre las personas invitadas. Se evalúa el ajuste con las recomendaciones de las Guías Europeas [13] [14] [15].
- **Grupos sociales no cubiertos por los programas** (pregunta 4): se recoge información sobre colectivos sociales que quedan fuera de la población diana, por razones ajenas a la edad y/o el territorio (por ejemplo: personas sin techo, personas institucionalizadas en prisión o centros de salud mental, personas migradas sin permiso de residencia, etc).
- **Objetivos específicos para reducir las desigualdades** (pregunta 5): se recoge información sobre si los programas contemplan entre sus objetivos la reducción de las desigualdades en el acceso a los programas de cribado de cáncer. En caso afirmativo se les pide que especifiquen el/los objetivo/s. Para clarificar esta pregunta, se incluye una definición sobre los conceptos relacionados con las desigualdades sociales en salud.
- **Monitorización de la participación según ejes de desigualdad** (pregunta 7): se analiza si la participación se monitoriza por alguna de las siguientes variables: edad, territorio, sexo, nivel educativo, nivel socio-económico y/o grupo étnico.

- **Grupos sociales que participan menos** (pregunta 8): se pregunta si los programas han identificado algún grupo social con tasas de participación menor que el resto.
- **Estudio e identificación de barreras y/o facilitadores de la participación** (pregunta 9 y 9.1): se pregunta si los programas han realizado estudios sobre barreras y/o facilitadores de la participación, y en caso afirmativo se solicita que especifiquen el grupo de población estudiado y el tipo de barreras y/o facilitadores identificadas.
- **Intervenciones para reducir las desigualdades en participación** (pregunta 10, 10.1, 10.2 y 10.3): se solicita información sobre si los programas han realizado algún tipo de intervención para reducir las desigualdades en la participación, En caso afirmativo se pide la descripción de la intervención, con detallada información sobre el objetivo de la intervención, la población diana y su resultado. Además, pueden aportar cualquier tipo de documentos sobre la intervención. Las intervenciones se clasifican en función del enfoque, pudiendo ser enfoque general o enfoque focalizado (ver Glosario de términos).
- **Mecanismos de participación social** (pregunta 11): en este punto se solicita información sobre los mecanismos de participación social que han sido empleados durante el proceso de diseño, de implementación o de evaluación de los programas. Los mecanismos de participación social estaban clasificados en cuatro bloques: Información, consulta, participación directa y empoderamiento (ver Glosario de términos).
- **Trabajo intersectorial** (pregunta 12): se pregunta si han trabajado desde una perspectiva intersectorial para conseguir mayor equidad en los programas de cribado de cáncer colorrectal, de cérvix y de mama (ver Glosario de términos). Si la contestación es afirmativa, entonces se solicita información específica sobre con que áreas han trabajado de forma coordinada (educación, trabajo social, políticas de empleo, inmigración, economía y otras).

e) Análisis y presentación de resultados

Los datos obtenidos mediante el cuestionario se recogieron en una base de datos Excel y se comprobó su coherencia interna.

Se realizó un estudio descriptivo de las principales variables incluidas en el cuestionario con el paquete estadístico SPSS.

La presentación de los datos se realizó a través de mapas y gráficos. La representación en mapas facilita la comparación de los resultados por Autonomías, pudiendo servir de estímulo para mejorar la gestión y evaluación de los programas desde una perspectiva de equidad.

Los datos finales fueron revisados por todas las Autonomías participantes en el estudio durante el mes de febrero del 2016.

4. RESULTADOS

4.1. CÁNCER DE MAMA

Contestaron al cuestionario 14 de las 14 Autonomías incluidas en el estudio, por lo que la tasa de participación fue del 100%.

4.1.1. Tipo de programa de cribado

Todas las Autonomías, declararon tener programas de cribado poblacionales completamente implementados (14 /14). **(Figura 1a y 1b).**

4.1.2. Intervalo de edad según las recomendaciones del Sistema Nacional de Salud y las recomendaciones europeas (cáncer de mama)

Nueve de los 14 programas de cribado de mama que respondieron el cuestionario (64%), coloreadas en azul en el mapa, siguen las recomendaciones de edad fijadas por la Comisión Europea y el Sistema Nacional de Salud, y que corresponde al intervalo de edad 50-69 años. Mientras que los programas de 5 Autonomías (36%) exceden el intervalo de edad recomendado, en naranja en el mapa **(Figura 2a y 2b)**.

4.1.3. Grupos sociales sin cobertura (cáncer de mama)

Respecto a la cobertura, 10 Autonomías declararon que sus programas no dejan sin cobertura a ningún grupo social, en azul claro en el mapa. Cuatro Autonomías declaran algún grupo de población en la edad diana sin cobertura (29%): Galicia y La Comunidad Valenciana declaran no cubrir a la población reclusa, Murcia declara no cubrir a la población inmigrante sin tarjeta sanitaria y Ceuta declara no cubrir a ninguno de los dos grupos anteriores (**Figura 3a y 3b).**

4.1.4. Porcentaje de participación de acuerdo con las recomendaciones de la Comisión Europea (cáncer de mama)

Los programas de cribado de la mayoría de las Autonomías alcanzan el nivel deseado de participación, con tasas por encima del 75% (11 de 14), en verde en el mapa, una autonomía alcanza el nivel aceptable (>70%), coloreada en amarillo, y sólo dos, Cataluña y Castilla la Mancha, no alcanzan el nivel aceptable, coloreadas en rojo.

(**Figura 4 a).** Las Autonomías que no alcanzan el nivel aceptable de participación representan el 7% del total. (**Figura 4 b)**

4.1.5. Monitorización de la participación según ejes de desigualdad (cáncer de mama)

La mayoría (43%) de las Autonomías (6 de 14) monitorizan la participación por edad y/o territorio y otros ejes de desigualdad, como nivel educativo o etnia, coloreadas de verde en el mapa; cuatro Autonomías monitorizan las variables edad y territorio, coloreadas de azul; y las cuatro restantes (La Rioja, Andalucía, Islas baleares y canarias) no monitorizan la participación. **(Figura 5 a) (Figura 5 b)**

4.1.6. Grupos sociales con menor participación (cáncer de mama)

Ocho Autonomías de 14 (57%) identificaron grupos sociales con menores tasas de participación, comparadas con la tasa general de participación; el grupo más identificado fue el de mujeres inmigrantes o pertenecientes a minorías étnicas, seguido de mujeres de nivel socioeconómico alto con seguro privado y mujeres de nivel socioeconómico bajo. **(Figura 6 a) (Figura 6 b)**

El 36% de las Autonomías identificó mujeres inmigrantes y minorías étnicas con menores tasas de participación, el 21% identificó a mujeres de nivel socioeconómico alto con seguro privado y un 7% a mujeres de nivel socioeconómico bajo. **(Figura 6 c)**

4.1.7. Elaboración de estudios específicos sobre barreras y facilitadores en la participación (cáncer de mama)

Nueve de 14 Autonomías (64%) declaran que realizan estudios de barreras y facilitadores, la mayoría focalizados en población general, seguidos de áreas geográficas específicas, grupos sociales vulnerables y en menor medida focalizados en los profesionales de la salud. **(Figura 7a) (Figura 7b)**

4.1.8. Intervenciones realizadas para reducir las desigualdades en participación (cáncer de mama)

El 50% de las Autonomías declaró no realizar ningún tipo de intervención para combatir las desigualdades en participación en cribado de mama. Del otro 50 que sí realizaron intervenciones, 2 Autonomías (Castilla la Mancha y Canarias) utilizaron un enfoque general, 3 Autonomías (Cataluña, Galicia y Navarra) utilizaron un enfoque focalizado en grupos vulnerables y 2 Autonomías (Comunidad Valenciana y País Vasco) lo hicieron con un enfoque complementario. **(Figura 8 a) (Figura 8 b)**

En la **Tabla 1**, se recogen las intervenciones realizadas en el contexto de los programas de prevención de cáncer de mama de las Autonomías participantes en el estudio. Algunos ejemplos de intervenciones, clasificadas según el tipo de intervención, son: intervenciones de información (ejemplo de Comunidad Valenciana: evaluación y diseño de materiales información adaptado a necesidades de las mujeres y nivel educativo); intervenciones de mejora de la accesibilidad (ejemplo de Castilla la Mancha: provisión de autobuses para traslado a las unidades móviles); intervenciones que implican cambios organizativos (ejemplo de País Vasco: programación exclusiva para cada hospital, con menos citas/día, historia médica cumplimentada por personal médico del Hospital…); intervenciones de Monitorización e investigación (ejemplo de País Vasco: 1.- Definición de variables sobre información y acceso a mamografías y motivos de no participación en el programa. 2.-Inclusión de ítems en la Encuesta Salud del Gobierno); e intervenciones de participación social (ejemplo de Cataluña: contacto con personas clave de grupos locales étnicos).

4.1.9. Uso de mecanismos de participación social (cáncer de mama)

Trece de las 14 Autonomías (93%) emplearon durante el proceso de diseño, de implementación o de evaluación de los programas la información como mecanismo de participación social, 7 Autonomías utilizaron además la consulta, 5 Autonomías la participación y 6 Autonomías incluyeron además mecanismos de empoderamiento grupal. **(Figura 9 a)(Figura 9 b)(Figura 9 c)**

4.1.10. Inclusión de perspectiva intersectorial (cáncer de mama)

La mayoría de los programas de las Autonomías (9/14) declaran no trabajar en coordinación con otros sectores más allá del sanitario. Sólo 3 comunidades (Islas Baleares, Comunidad Valenciana y País Vasco) trabajan en intersectorialidad con servicios sociales y otros sectores como asociaciones y ayuntamientos, educación o inmigración, respectivamente. **(Figura 10 a) (Figura 10 b)**

4.2. CÁNCER COLORRECTAL

Contestaron al cuestionario 8 de las 14 Autonomías incluidas en el estudio, por lo que la tasa de participación fue del 57%.

4.2.1. Tipo de programa de cribado (cáncer colorrectal)

El 25% de las Autonomías tienen programas poblacionales totalmente implementados, el 50% tienen implantación parcial, y el 25% se encuentran en fase piloto. **(Figura 1 c) (Figura 1 d)**

4.2.2. Intervalo de edad según las recomendaciones del Sistema Nacional de Salud (cáncer colorrectal)

Siete de las 8 Autonomías siguen las recomendaciones del Sistema Nacional de Salud en cuanto al intervalo de edad indicado (50-69 años) para la población diana. Cantabria sin embargo no alcanza el intervalo recomendado, dejando fuera de su población diana a la población de entre 50-55 años de edad. **(Figura 2 c) (Figura 2 d)**

4.2.3. Grupos sociales sin cobertura (cáncer colorrectal)

Respecto a la cobertura, 4 Autonomías (50%) declararon que sus programas no dejan sin cobertura a ningún grupo social, en azul claro en el mapa. Cuatro Autonomías declaran algún grupo de población en la edad diana sin cobertura: Galicia y La Comunidad Valenciana declaran no cubrir a la población reclusa, Murcia y Cantabria declaran no cubrir a la población inmigrante sin tarjeta sanitaria. **(Figura 3c) (Figura 3d).**

4.2.4. Porcentaje de participación de acuerdo con las recomendaciones de la Comisión Europea (cáncer colorrectal)

Cuatro Autonomías (Cataluña, Murcia, Navarra y Comunidad Valenciana) alcanzan un nivel aceptable en las tasas de participación del programa. Sólo el país Vasco alcanza el nivel deseado en participación. Cantabria e islas Canarias no alcanzan el nivel aceptable en las tasas de participación. **(Figura 4 c) (Figura 4 d)**

4.2.5. Monitorización de la participación según ejes de desigualdad (cáncer colorrectal)

La mayoría (63%) de las Autonomías (5 de 8) monitorizan la participación por sexo, edad y/o territorio y otros ejes de desigualdad, como nivel educativo o etnia, coloreadas de verde en el mapa. Cuatro Autonomías monitorizan la participación según el sexo, la edad y/o el territorio, coloreadas de azul; y las cuatro restantes (La Rioja, Andalucía, Islas Baleares y Canarias) no monitorizan la participación según ejes de desigualdad. **(Figura 5 c) (Figura 5 d)**

4.2.6. Grupos sociales con menor participación (cáncer colorrectal)

Cuatro de 8 Autonomías (50%), coloreadas de verde en el mapa, identificaron grupos sociales con menores tasas de participación, comparadas con la tasa general de participación; el grupo más identificado fue el de hombres, seguido de residentes urbanos, población joven y barrios deprimidos. Cantabria y Murcia no identificaron ningún grupo social con menor participación. Navarra no informó sobre esta pregunta. **(Figura 6 d)(Figura 6f) (Figura 6e)**

4.2.7. Elaboración de estudios específicos sobre barreras y facilitadores en la participación (cáncer colorrectal)

Cinco de 8 Autonomías (62%), Cantabria, Cataluña, País Vasco y Comunidad Valenciana, declaran que realizan estudios de barreras y facilitadores, las cinco realizan estudios focalizados en población general, pero tres de ellas focalizan además en grupos específicos: Cataluña en profesionales de la salud y áreas geográficas específicas, País Vasco en profesionales de la salud y Comunidad Valenciana en grupos sociales y áreas geográficas específicas. Galicia e Islas Canarias no realizan estudios sobre barreras y facilitadores. Navarra no ha informado sobre esta pregunta. **(Figura 7 c) (Figura 7 d).**

4.2.8. Intervenciones realizadas para reducir las desigualdades en participación (Cáncer Colorrectal)

Cuatro de las 8 Autonomías (50%) declararon no realizar ningún tipo de intervención para combatir las desigualdades en participación en cribado de CCR.

De las cuatro Autonomías que sí realizaron intervenciones, Cantabria, Cataluña y País Vasco utilizaron un enfoque general y Comunidad Valenciana utilizó un enfoque focalizado en grupos vulnerables. **(Figura 8 c) (Figura 8 d)**

En la **Tabla 2,** se recogen las intervenciones realizadas en el contexto de los programas de prevención de cáncer colorrectal de las Autonomías participantes en el estudio. Algunos ejemplos de intervenciones, clasificadas según el tipo de intervención son: intervenciones de información (ejemplo de Comunidad Valenciana: Evaluación y diseño de materiales información adaptados a necesidades de las mujeres y nivel educativo); intervenciones de mejora de accesibilidad (ejemplo de Cantabria: permitir la participación oportunista en la sanidad pública con los mismos criterios que la población con tarjeta sanitaria), intervenciones de cambios organizativos (ejemplo de Cataluña: implicación del personal médico de atención primaria en el programa); intervenciones de monitorización e investigación (ejemplo de País Vasco: estudio transversal para conocer las causas de participación y no participación).

4.2.9. Uso de mecanismos de participación social (cáncer colorrectal)

Siete de las 8 Autonomías (87%) emplearon durante el proceso de diseño, de implementación o de evaluación de los programas la información como mecanismo de participación social, Canarias utilizó además mecanismos de empoderamiento y 4 Autonomías, Cantabria, Cataluña, País Vasco y Comunidad Valenciana, utilizaron además la consulta, la participación y el empoderamiento grupal. Navarra no empleó ningún mecanismo de participación social. **(Figura 9 d) (Figura 9 e)(Figura 9 f)**

4.2.10. Inclusión de perspectiva intersectorial (cáncer colorrectal)

La mayoría de los programas de las Autonomías (88%) declaran no trabajar en coordinación con otros sectores más allá del sanitario. Sólo la Comunidad Valenciana declara trabajar con otros sectores como servicios sociales y educación. **(Figura 10 c) (Figura 10d)**

4.3. CÁNCER DE CÉRVIX

Contestaron al cuestionario 7 de las 14 Autonomías incluidas en el estudio, con una tasa de respuesta del 50%.

4.3.1. Tipo de programa de cribado (cáncer de cérvix)

En cuanto a la implantación y tipo de programa, el cribado de cérvix es de tipo oportunista en todas las Autonomías, coloreadas de verde claro en el mapa. **(Figura 1 e) (Figura 1 f)**

4.3.2. Intervalo de edad según las recomendaciones del Sistema Nacional de Salud (cáncer de cérvix)

Las siete Autonomías (100%) que declararon disponer de programa de cribado de cérvix, siguen las recomendaciones de edad fijadas por el Sistema Nacional de Salud, que corresponde al intervalo de edad 25-30-65 años. **(Figura 2 e) (Figura 2 f)**

4.3.3. Grupos sociales sin cobertura (cáncer de cérvix)

Respecto a la cobertura, 5 Autonomías (57%) declararon que sus programas no dejan sin cobertura a ningún grupo social, en azul claro en el mapa. Dos Autonomías (29%) declaran algún grupo de población en la edad diana sin cobertura: La Comunidad Valenciana declara no cubrir a la población reclusa y Cantabria declara no cubrir a las mujeres sin tarjeta sanitaria. **(Figura 3 e) (Figura 3 f)**

4.3.4. Tasas de participación de acuerdo con las recomendaciones de la Comisión Europea (cáncer de cérvix)

Ninguna de las Autonomías alcanzan el nivel aceptable de participación, con porcentaje[1] por debajo del 70% (7 de 7). Navarra Y Comunidad Valenciana no disponen de información sobre tasas de participación en sus cribados oportunistas. **(Figura 4 e) (Figura 4 f)**

[1] Algunas comunidades han aportado datos sobre participación, de una muestra de la población, procedentes de fuentes como La encuesta de salud de Asturias 2012. Los datos aportados aquí son porcentajes en vez de tasas

4.3.5. Monitorización de la participación según ejes de desigualdad (cáncer de cérvix)

Cataluña y País Vasco monitorizan la participación por edad y/o territorio y otro eje de desigualdad, nivel educativo y nivel socioeconómico respectivamente, se encuentran coloreadas de verde en el mapa. Tres Autonomías, Asturias, Cantabria y Andalucía, monitorizan las variables edad y/o territorio, coloreadas de azul, la Comunidad Valenciana no monitoriza la participación en cribado oportunista de Cérvix, coloreado de rosa y Navarra no responde, en blanco en el mapa. **(Figura 5 e) (Figura 5 f)**

4.3.6. Grupos sociales con menor participación (cáncer de cérvix)

Cuatro Autonomías de 7 (57%) identificaron grupos sociales con menores tasas de participación, comparadas con la tasa general de participación; el grupo más identificado fue el de mujeres de bajo nivel socioeconómico, seguido de, mujeres con bajo nivel educativo, áreas rurales y mujeres mayores. Las tres Autonomías restantes, Cataluña, Comunidad Valenciana y Andalucía, no identifican grupos sociales con menor participación. **(Figura 6 g) (Figura 6 h)(Figura 6 i)**

4.3.7. Elaboración de estudios específicos sobre barreras y facilitadores en la participación (cáncer de cérvix)

Tres de 7 Autonomías (43%), Cataluña, País Vasco y Comunidad Valenciana, declaran que realizan estudios de barreras y facilitadores, los estudios realizados están focalizados en población general (Cataluña) y en población específica (País Vasco y Comunidad Valenciana) como grupos sociales específicos, áreas geográficas específicas o profesionales de la salud. Asturias, Cantabria, Navarra y Andalucía no realizan estudios sobre barreras y facilitadores. **(Figura 7 e) (Figura 7 f)**

4.3.7. Intervenciones realizadas para reducir las desigualdades en participación (cáncer de cérvix)

Cinco de las 7 Autonomías declararon no realizar ningún tipo de intervención para combatir las desigualdades en participación en cribado de cérvix, coloreadas de rosa en el mapa. De las dos Autonomías que sí realizaron intervenciones, Cataluña utilizó un

enfoque general y Comunidad Valenciana utilizó un enfoque focalizado en grupos vulnerables. **(Figura 8 e) (Figura 8 f)**

En la **Tabla 3**, se recogen las intervenciones realizadas en el contexto de los programas de prevención de cáncer de cérvix de las Autonomías participantes en el estudio. Algunos ejemplos de intervenciones, clasificadas según el tipo de intervención, son: intervenciones de estrategias de invitación (ejemplo de Cataluña: carta de invitación a través de profesionales sanitarios); intervenciones de empoderamiento (ejemplo de Comunidad Valenciana: 1- estudio cualitativo sobre conocimientos y actitudes sobre la enfermedad y el programa; 2- actividades de información y sensibilización realizadas por los propios agentes de salud).

4.3.9. Uso de mecanismos de participación social (cáncer de cérvix)

Dos de las 7 Autonomías emplearon durante el proceso de diseño, de implementación o de evaluación de los programas algún mecanismo de participación social, coloreadas de azul en el mapa: Asturias empleó mecanismos de información y la Comunidad Valenciana utilizó además mecanismos de consulta y empoderamiento. Andalucía, Cantabria, Cataluña, Navarra y País Vasco no emplearon ningún mecanismo de participación social, coloreadas de rosa. **(Figura 9 g) (Figura 9 h) Figura 9 i)**

4.3.10. Inclusión de perspectiva intersectorial (cáncer de cérvix)

La mayoría de los programas de las Autonomías (6/7) declaran no trabajar en coordinación con otros sectores más allá del sanitario. Sólo la Comunidad Valenciana declara trabajar de forma intersectorial con servicios sociales y educación. **(Figura 10e)(Figura 10f)**

5. CONCLUSIONES RECOMENDACIONES

La implementación de programas poblacionales es aún insuficiente en el cribado colorrectal y especialmente en el cribado de cáncer cervical.

- Es necesario avanzar en la implementación de programas de carácter poblacional de acuerdo a las recomendaciones actualizadas del sistema nacional de salud (2009) y de las Guías Europeas.

Aunque la mayoría de programas de cribado incluyen en su población diana los intervalos de edad recomendados por las guías europeas y el SNS, aún se encuentra algún programa que deja sin cobertura a parte de la población en determinada franja de edad.

- Los programas deben adaptar su población diana a los intervalos de edad recomendados por el SNS y la Guías Europeas.

Aún existen grupos sociales sin cobertura: población reclusa y población inmigrante que no dispone de tarjeta sanitaria

- Debe garantizarse la universalidad del cribado a la población elegible, sin excepciones, garantizando el acceso a toda la población.

La mayoría de las Autonomías alcanza tasas aceptables de participación en los programas de mama y CCR. En el cribado de cérvix sólo una comunidad declara alcanzar tasas aceptables

- Es necesario aumentar la participación en cribado de cáncer cervical para alcanzar tasas aceptables, Sería conveniente mejorar la participación en el cribado colorrectal y de mama para alcanzar tasas deseables.

La Monitorización de la participación por variables socioeconómicas además de edad y/o territorio y sexo (en el caso de CCR) es aún escasa.

- Es conveniente monitorizar la participación por variables socioeconómicas que son determinantes sociales de la salud como el nivel educativo, nivel socioeconómico, etnicidad, etc, para poder abordar estrategias de mejora de la participación de estos grupos vulnerables.

Existen grupos identificados con menores tasas de participación**:** en mama mujeres inmigrantes y mujeres con nivel socioeconómico alto y bajo, en CCR el género hombre, la edad joven y residencia en áreas rurales, y en cérvix el bajo nivel socioeconómico, bajo nivel educativo, áreas rurales y mujeres mayores.

- Es necesario implementar estrategias focalizadas para aumentar la participación de los grupos vulnerables.

En los programas de cribado del CCR y de mama más de la mitad de las Autonomías elaboran estudios específicos sobre barreras y facilitadores de la participación en cribado, mientras que en cérvix todavía son escasas las que realizan estudios de estas características.

- Es necesario profundizar en el conocimiento de las barreras y facilitadores de la participación para diseñar estrategias que promuevan la equidad en el acceso.

La mitad de Autonomías realizan Intervenciones para reducir las desigualdades en participación para los programas de mama y CCR, mientras que en cérvix son pocas las Autonomías que realizan este tipo de intervenciones. En cuanto al enfoque, en mama es mayoritariamente complementario, en CCR general, y en cérvix general y focalizado en grupos vulnerables por igual.

- Es conveniente que los programas de cribado en todas las Autonomías realicen intervenciones para reducir las desigualdades en participación identificadas.
- Las intervenciones con enfoque complementario son las más adecuadas para abordar la desigualdad en participación.

La mayoría de las Autonomías, tanto en mama como en colon, ha empleado algún tipo de mecanismo de participación social durante alguna de las fases de diseño, implementación, realización o evaluación del programa, empleándose en cérvix escasamente. La información es el medio de participación social más utilizado en todos los programas.

- Hay que aumentar los mecanismos de participación social en cribado más allá de la simple información hacia formas más democráticas y hasta el empoderamiento de los grupos sociales.

En los tres tipos de programa de cribado, el trabajo intersectorial es muy reducido para los tres tipos de cribado.

- Hay que aumentar el trabajo intersectorial

6. GLOSARIO DE TÉRMINOS

Equidad: Equidad en salud implica que idealmente todas las personas puedan alcanzar su pleno potencial de salud y que nadie debe estar en desventaja para alcanzar este potencial debido a su posición social o cualquier otra circunstancia determinada socialmente. Referido a todos y no sólo a un segmento desaventajado en particular.[16]

Programa de cribado Oportunista: El cribado oportunista es una actividad no sistemática que se suele realizar dentro de los servicios de salud a petición del interesado o aprovechando una consulta por otro motivo médico. En este tipo de cribado no hay una especificación de los beneficios de salud esperados en términos de prevención de la carga de enfermedad y existe poca o ninguna capacidad de monitorización o evaluación. **Programa de cribado Poblacional:** En contraposición al cribado oportunista encontramos el cribado dentro de programas organizados. El programa de cribado poblacional es aquel que se ofrece activamente a toda la población diana, de manera sistemática y dentro de un marco reglado de política sanitaria de salud pública, protocolizada y con una adecuada evaluación continua de la calidad y los resultados [17].

Población Diana: el grupo de personas para quien la intervención está planeada sobre la base de la edad y la localización geográfica (dictado por las políticas de cribado). Esto incluye grupos especiales como población instuticionalizada y grupos minoritarios. [13] [14] [15]

Población general vs población vulnerable: Población general: Toda la población a la que se dirige el programa **Población vulnerable**: un subgrupo de población que por sus características sociales compartidas, según su posición en el estrato social, se encuentra expuesto a condiciones contextuales que lo sitúa en riesgo de riesgos (riesgo que genera exposición a otros riesgos). [18]

Enfoque General vs focalizado en grupos vulnerables vs complementario: Enfoque general: dirigido a toda la población a través de todos los estratos socioeconómicos; **enfoque focalizado en grupos vulnerables:** dirigido a la población vulnerable; **enfoque complementario:** dirigida tanto a la población general como vulnerable) [16]

Intersectorialidad: trabajar desde políticas que van más allá del sector salud cuando hay evidencia de que la solución al problema no puede ser alcanzada por un sólo sector y que los beneficios de la coordinación y cooperación superan los costes [12]

Participación Social: participación de la población como mecanismo de redistribución de poder. Existen diferentes modalidades: informativa: dar información equilibrada y objetiva para comprender el problema, las alternativas, oportunidades y/o soluciones; consultiva: obtener retroalimentación de las comunidades afectadas en el análisis, alternativas y/o decisiones; participativa: trabajar directamente con las comunidades durante el proceso; colaborativa: asociarse con las comunidades afectadas en cada uno de los aspectos de la decisión; empoderamiento: facilitar que las comunidades tengan la última palabra y el control sobre las decisiones clave que afectan a su bienestar [17].

REFERENCIAS

[1] Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Int J Health Serv. 1992;22(3):429-45

[2] Krieger N. Defining and investigating social disparities in cancer: critical issues. Cancer Cause Control. 2005;16:5-14.

[3] Council Recommendation (2003/878/EC) of 2 December 2003 on cancer screening. Official Journal of the European Union: 16/12/2003.

[4] Ministerio Sanidad y Política social. Estrategias del Cáncer del sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social Centro de Publicaciones 2010.

[5] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Informe del grupo de expertos sobre concreción de cartera común de servicios para cribado de cáncer. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2013.

[6] Palència L, Espelt A, Rodríguez-Sanz M, et al. Socio-economic inequalities in breast and cervical cancer screening practices in Europe: influence of the type of screening program. Int J Epidemiol. 2010 Jun;39(3):757-65.

[7] Spadea T, Bellini S, Kunst A, et al. The impact of interventions to improve attendance in female cancer screening among lower socioeconomic groups: A review. Prev Med. 2010;50:159-64.

[8] von Euler-Chelpin M, Olsen AH, Njor S, et al. Socio-demographic determinants of participation in mammography screening. Int J Cancer. 2008;122:418-23.

[9] Szczepura A, Price C, Gumber A. Breast and bowel cancer screening uptake patterns over 15 years for UK south Asian ethnic minority populations, corrected for differences in socio-demographic characteristics. BMC Public Health. 2008 Oct 2;8:346

[10] Molina-Barceló A, Moreno J, Porcar P, Peiró R, Salas D. Mapping social inequalities in participation in European Cancer Screening Programmes. European Partnership for Actions Against Cancer, DGSANCO, 2013. Disponible en: http://www.epaac.eu/news/373-final-epaac-deliverables

[11] Red de Programas de Cribado de Cáncer. Disponible en http://www.programascancerdemama.org/.

[12] Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía metodológica para integrar la equidad en las estrategias, programas y actividades de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.

[13] Perry N, Broeders M, de Wolf C, et al. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Fourth edition--summary document. Ann Oncol. 2008 Apr;19(4):614-22.

[14] Segnan N, Patnick J, von Karsa L, , et al. European Guidelines for Quality Assurance in Colorectal Cancer Screening and Diagnosis. First edition. European Commission; 2010.

[15] Arbyn M, Anttila A, Jordan J. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Second Edition. International Agency for Research on Cancer. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2008.

[16] Whitehead M, Dahlgren G. Levelling Up, Part 1: Concepts and principles for tackling social inequalities in health. Copenhagen: World Health Organization; 2006.

[17] Ponencia de Cribado Poblacional de la Comisión de Salud Pública. Documento marco sobre cribado poblacional. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Madrid; 2010. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/Cribado_poblacional.pdf

[18] Frohlich KL, Potvin L. Transcending the known in public health practice: the inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. Am J Public Health. 2008 Feb;98(2):216-21.

FIGURAS Y TABLAS

Figura 1a. Tipo de programa de cribado (cáncer de mama)



Figura 1b. % de programas según tipo de programa (cáncer de mama)

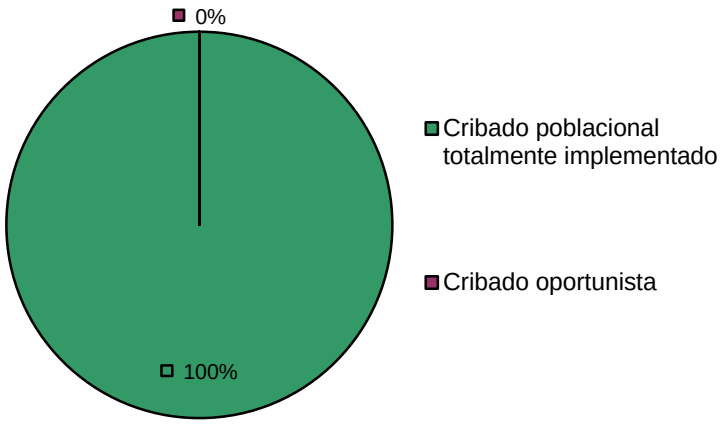


Figura 1c. Tipo de programa de cribado (cáncer colorrectal)

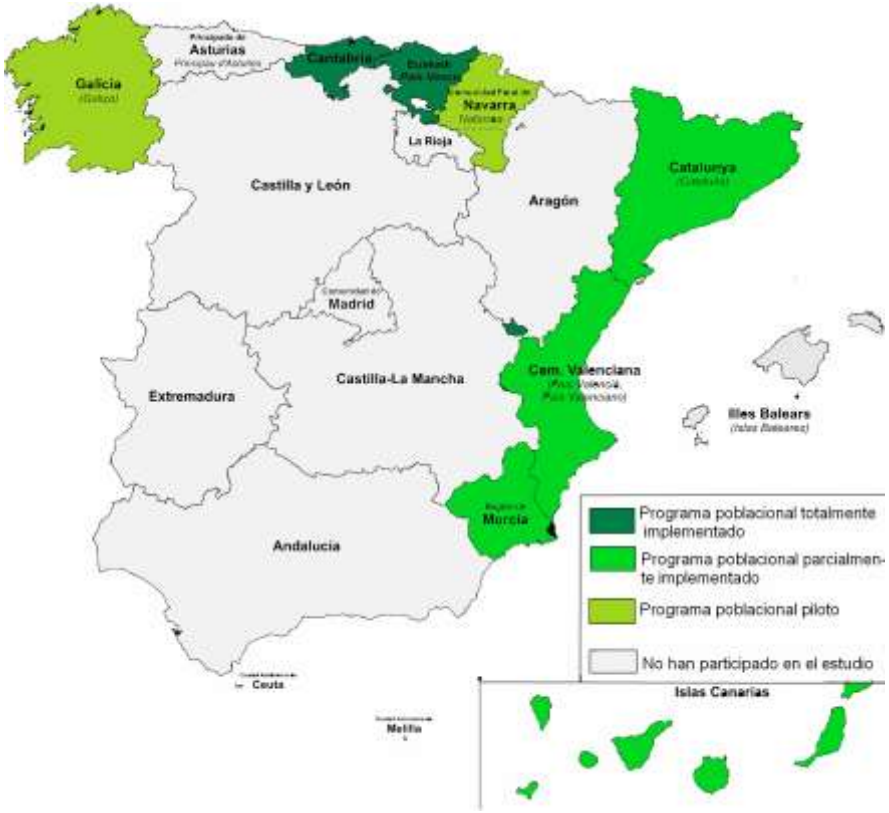


Figura 1 d. % de programas según tipo de programa (cáncer colorrectal)

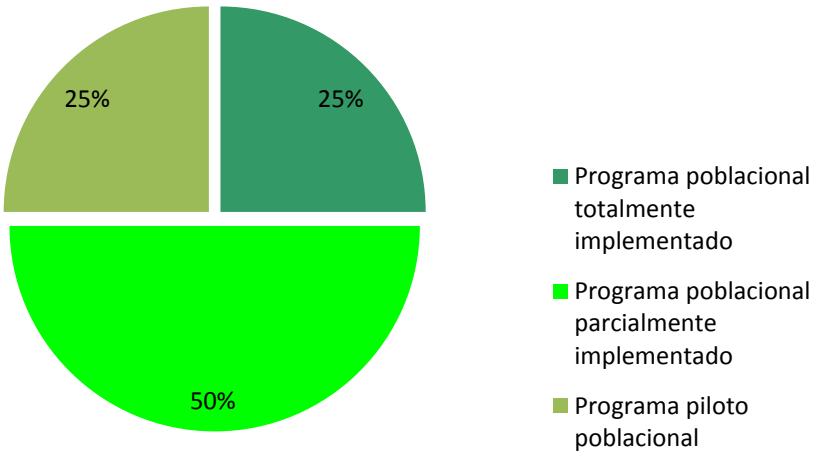


Figura 1e. Tipo de programa de cribado (cáncer de cérvix)



Figura 1f. % de programas según tipo de programa (cáncer cérvix)

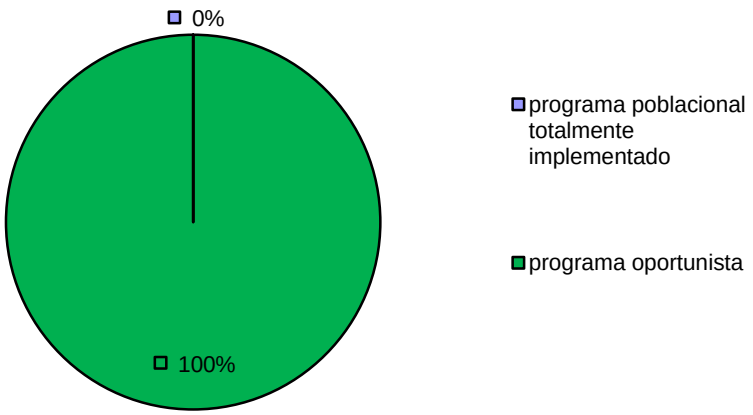


Figura 2a. Seguimiento del intervalo de edad (50-69) de acuerdo a las recomendaciones del Sistema Nacional de Salud y la Comisión Europea (cáncer de mama)



Figura 2b. % de autonomías que siguen las recomendaciones del Sistema Nacional de Salud y la Comisión Europea respecto al intervalo de edad 50-69 (cáncer de mama)

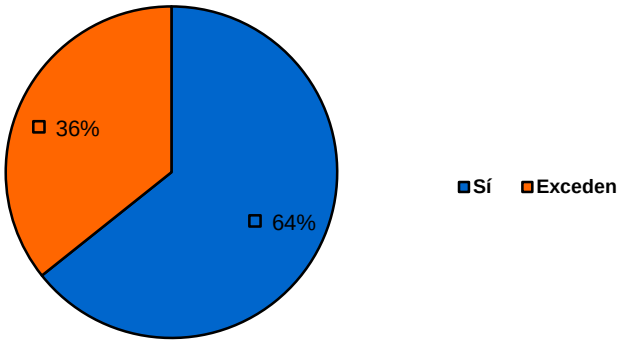


Figura 2c. Seguimiento del intervalo de edad (50-69) de acuerdo a las recomendaciones del Sistema Nacional de Salud y la Comisión Europea (cáncer colorrectal)



Figura 2d. % de autonomías que siguen las recomendaciones del Sistema Nacional de Salud y la Comisión Europea respecto al intervalo de edad 50-69 (cáncer colorrectal)

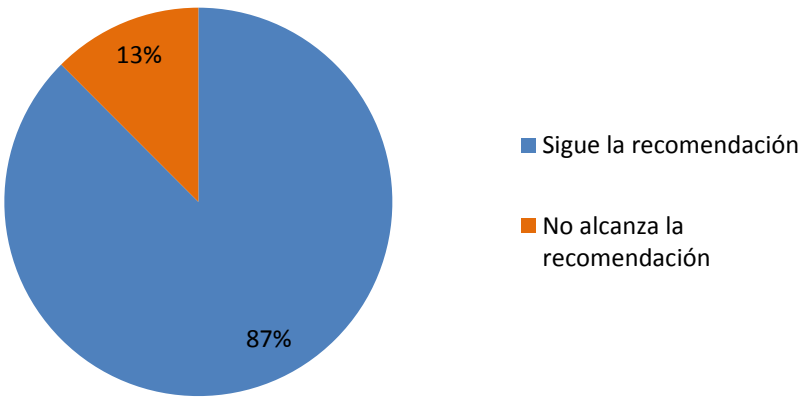


Figura 2e. Seguimiento del intervalo de edad (25-65) de acuerdo a las recomendaciones del Sistema Nacional de Salud y la Comisión Europea (cáncer de cérvix)



Figura 2f. % de autonomías que siguen las recomendaciones del Sistema Nacional de Salud y la Comisión Europea respecto al intervalo de edad (cáncer de cérvix)

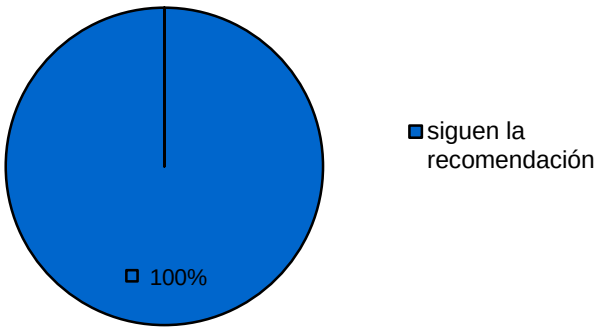


Figura 3a. Identifican grupos sociales sin cobertura (cáncer de mama)



Figura 3b. % autonomías que declaran tener grupos sociales sin cobertura (cáncer de mama)

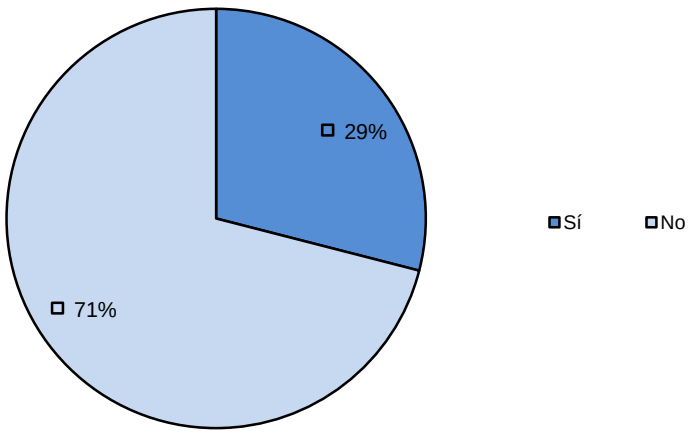


Figura 3c. Identifican grupos sociales sin cobertura (cáncer colorrectal)

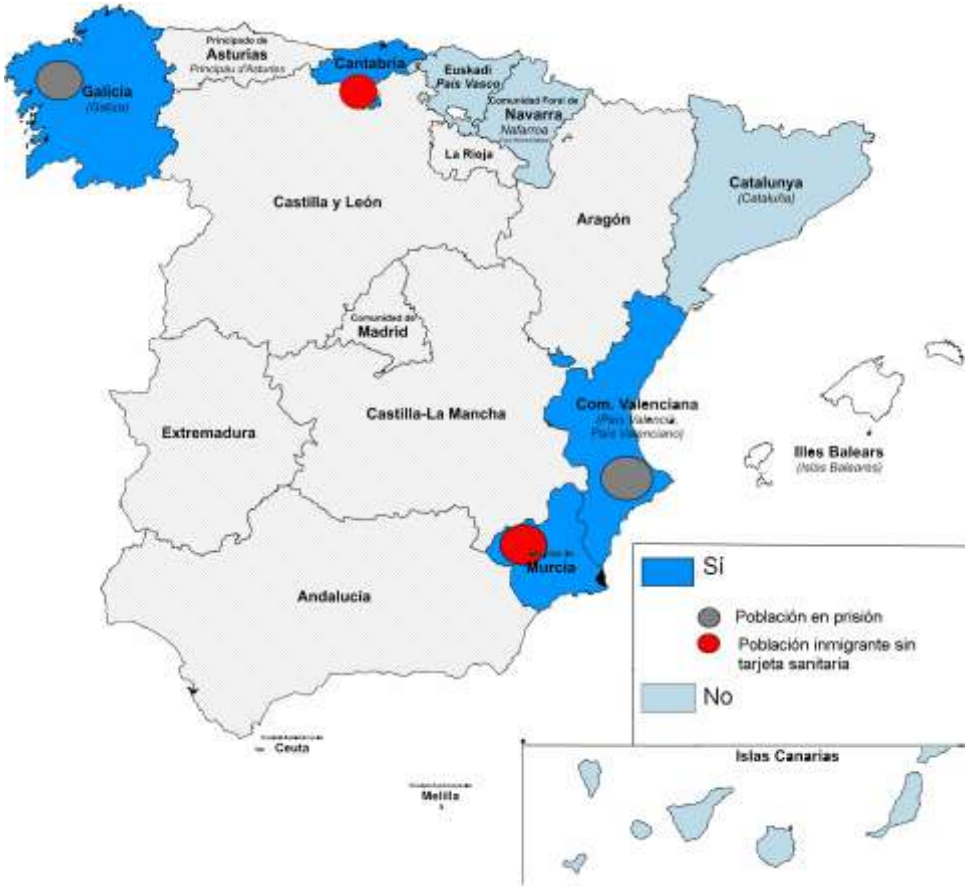


Figura 3d. % autonomías que declaran tener grupos sociales sin cobertura (cáncer colorrectal)

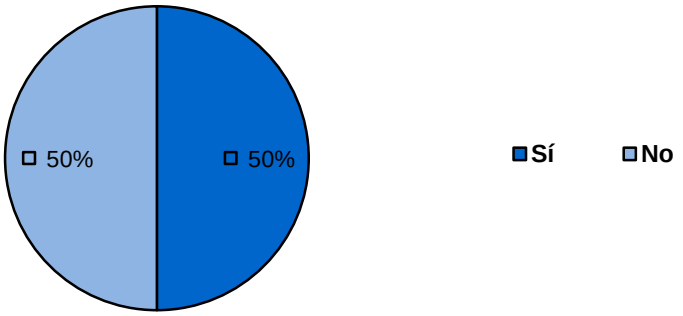


Figura 3e. Identifican grupos sociales sin cobertura (cáncer de cérvix)

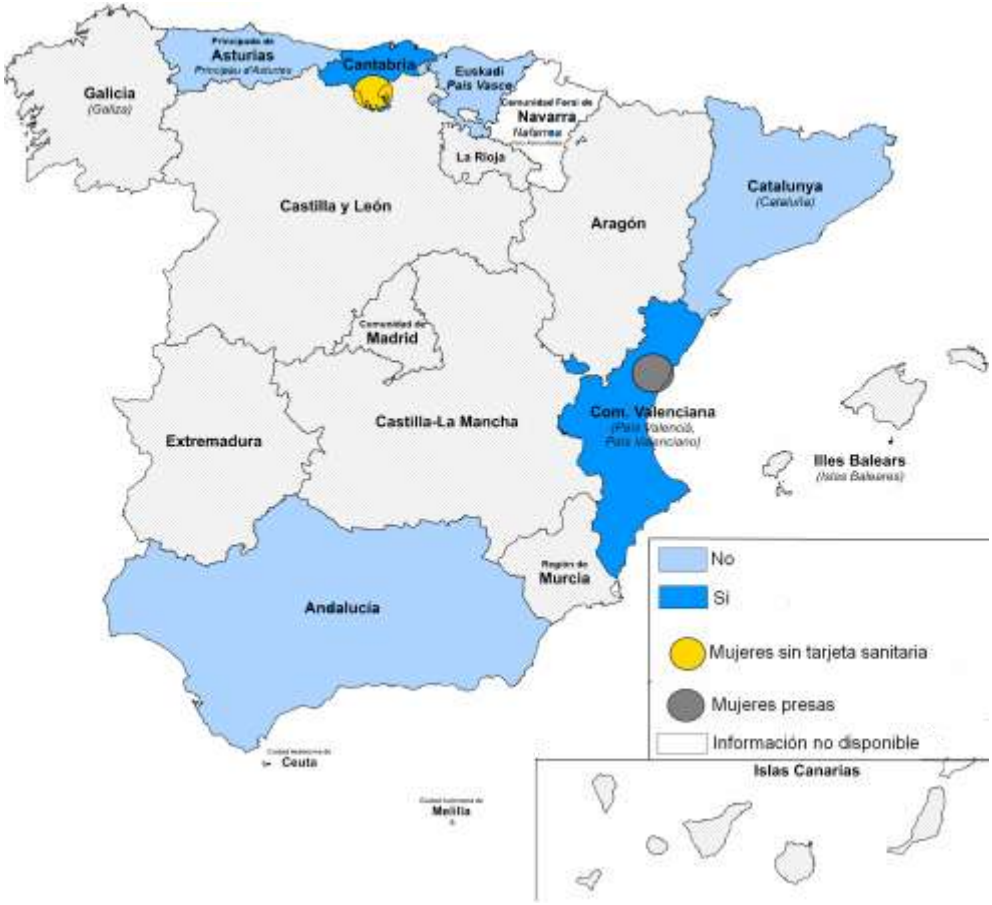


Figura 3f. % autonomías que declaran tener grupos sociales sin cobertura (cáncer de cérvix)

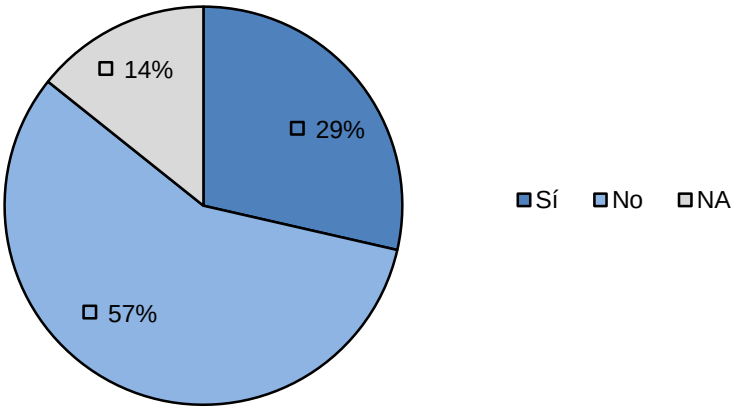


Figura 4a. Seguimiento de las recomendaciones de tasas de participación de Comisión Europea (cáncer de mama)



Figura 4b. % de autonomías que alcanzan las recomendaciones de tasas de participación de la Comisión Europea (cáncer de mama)

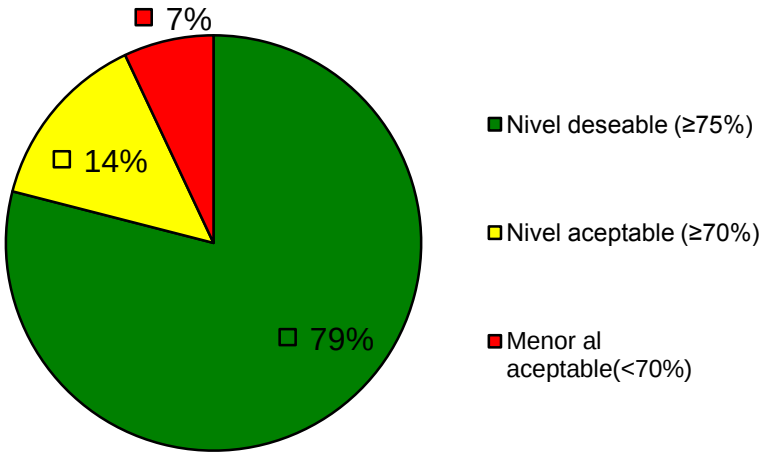


Figura 4c. Seguimiento de las recomendaciones de tasas de participación de Comisión Europea (cáncer colorrectal)

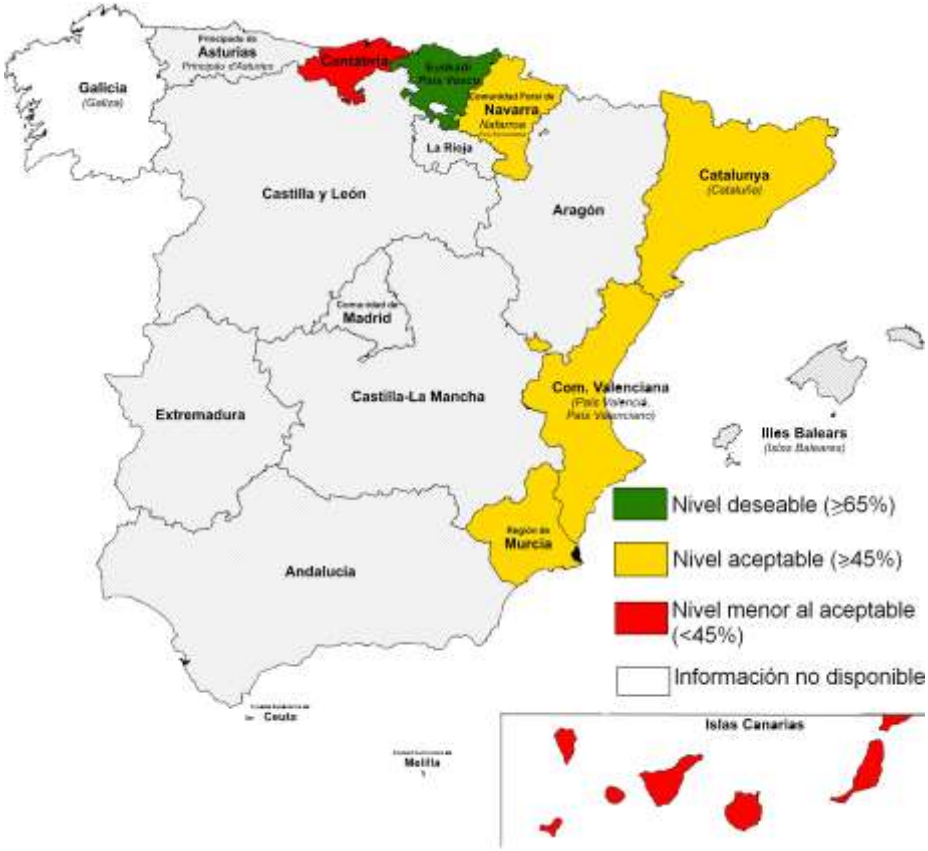


Figura 4d. % de autonomías que alcanzan las recomendaciones de tasas de participación de la Comisión Europea (cáncer colorrectal)

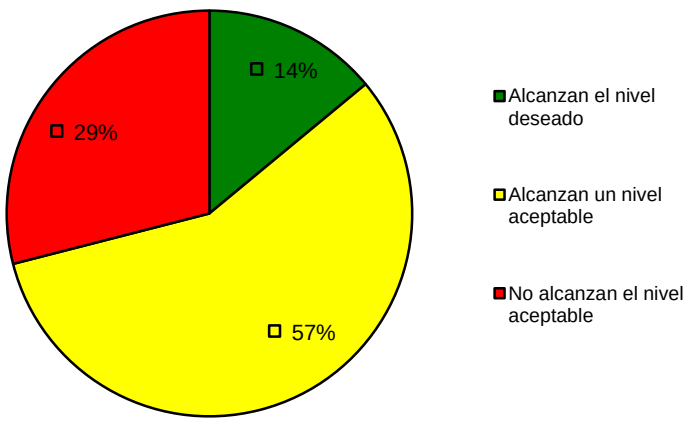


Figura 4e. Seguimiento de las recomendaciones de tasas de participación de Comisión Europea (cáncer de cérvix)



Figura 4f. % de autonomías que alcanzan las recomendaciones de tasas de participación de la Comisión Europea (cáncer de cérvix)

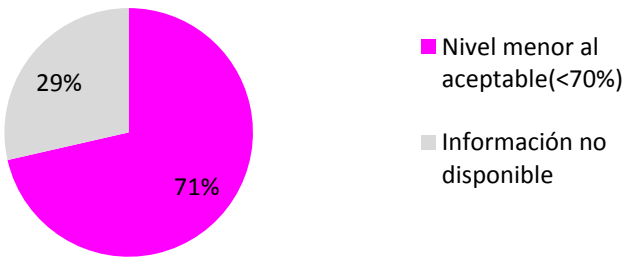


Figura 5a. Monitorización de la participación según ejes de desigualdad (cáncer de mama)



Figura 5b. % de autonomías que monitorizan la participación según eje de desigualdad (cáncer de mama)

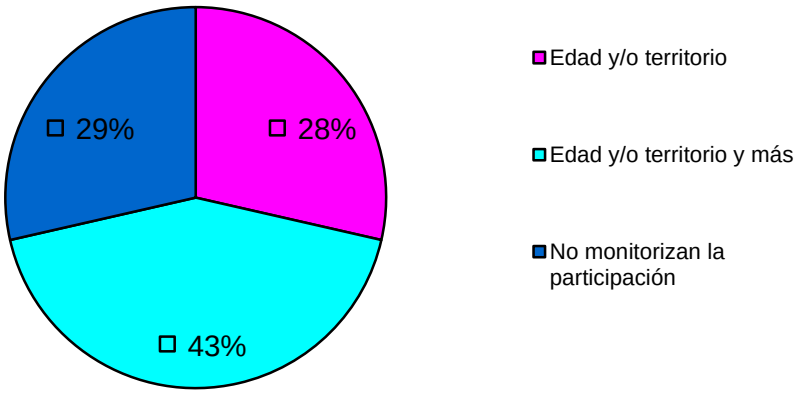


Figura 5c. Monitorización de la participación según ejes de desigualdad (cáncer colorrectal)



Figura 5 d. Porcentaje de CCAA que han monitorizado la participación a través de ejes de desigualdad (cáncer colorrectal)

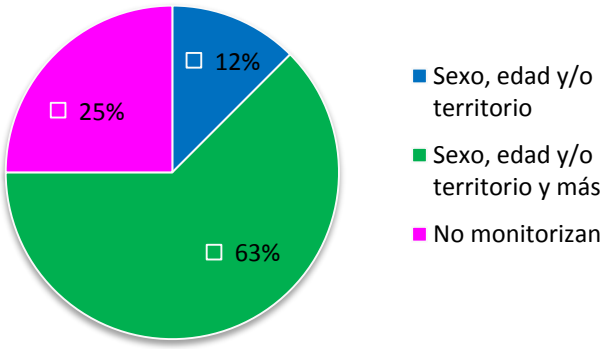


Figura 5 e. Monitorización de la participación según ejes de desigualdad (cáncer de cérvix)



Figura 5 f. Porcentaje de CCAA que han monitorizado la participación a través de ejes de desigualdad (cáncer de cérvix).

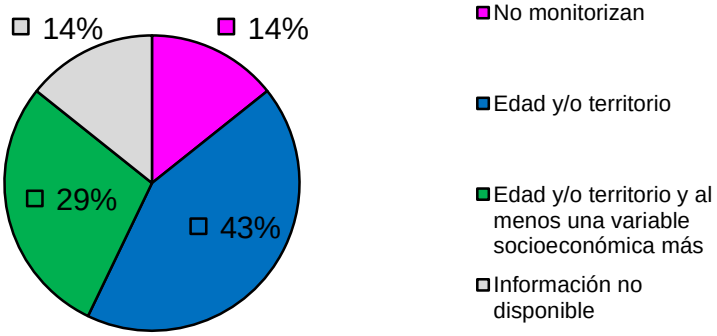


Figura 6 a. Grupos sociales con menores tasas de participación (cáncer de mama)



Figura 6 b. Porcentaje de autonomías que identifican grupos sociales con menores tasas de participación (cáncer de mama)

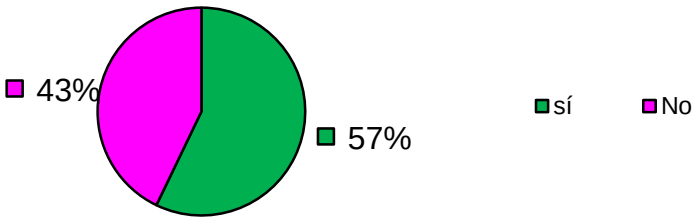


Figura 6 c. Grupos sociales con menores tasas de participación (cáncer de mama)

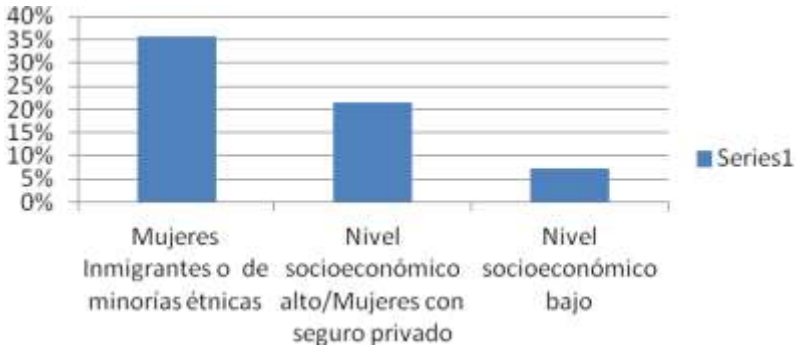


Figura 6 d. Grupos sociales con menor participación (cáncer colorrectal)



Figura 6 e. Porcentaje de autonomías que identifican grupos sociales con menores tasas de participación (cáncer colorrectal)

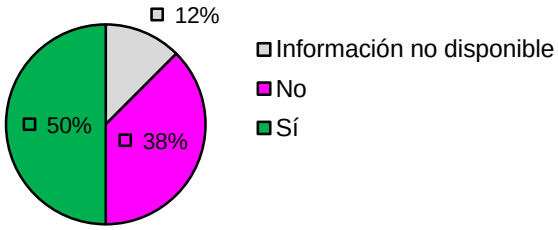


Figura 6 f. Grupos sociales identificados con menor participación (cáncer colorrectal)

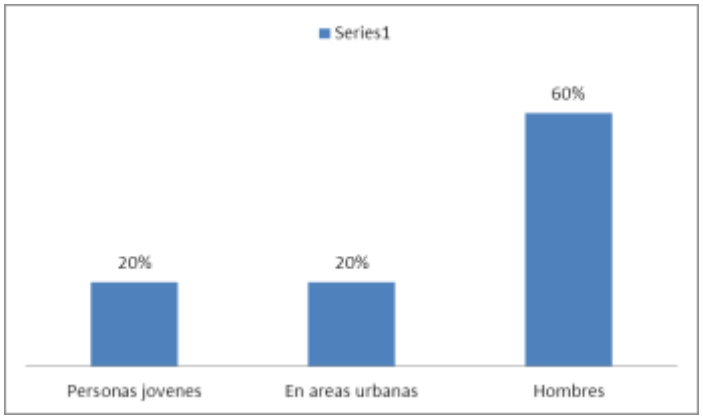


Figura 6 g. Grupos sociales con menor participación (cáncer de cérvix)



Figura 6 h. Porcentaje de autonomías que identifican grupos sociales con menores tasas de participación (cáncer de cérvix)

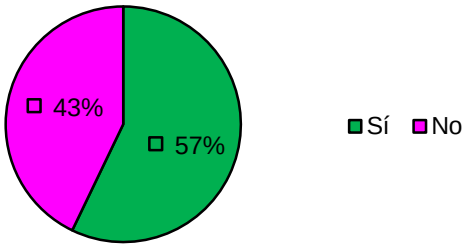


Figura 6 i. Grupos sociales con menor participación (cáncer de cérvix)

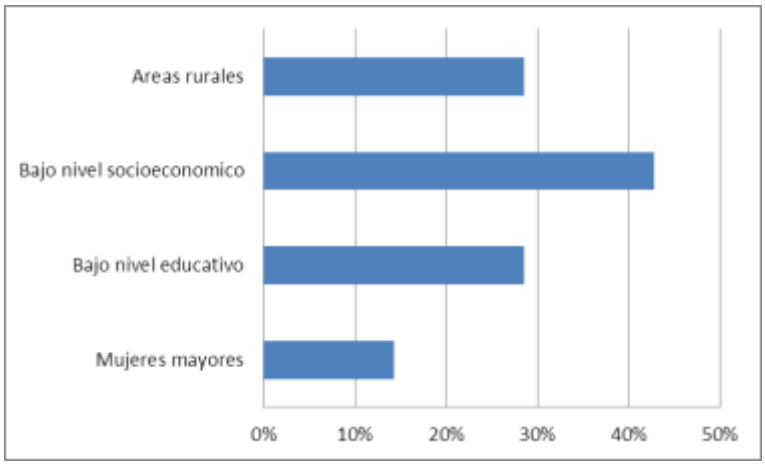


Figura 7 a. Elaboración de estudios específicos sobre barreras y facilitadores en la participación (cáncer de mama)



Figure 7 b. Porcentaje de autonomías que elaboran estudios de barreras y facilitadores de la participación (cáncer de mama)

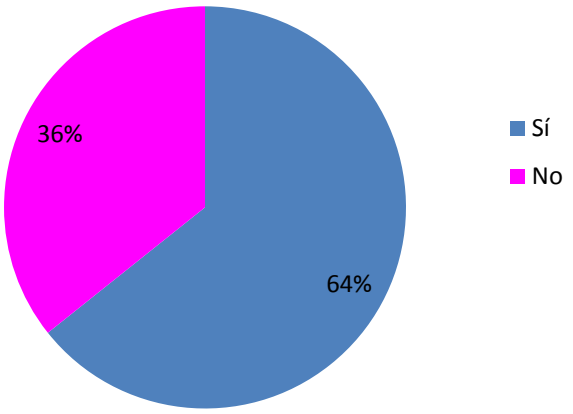


Figura 7 c. Elaboración de estudios específicos sobre barreras y facilitadores en la participación (cáncer colorrectal)

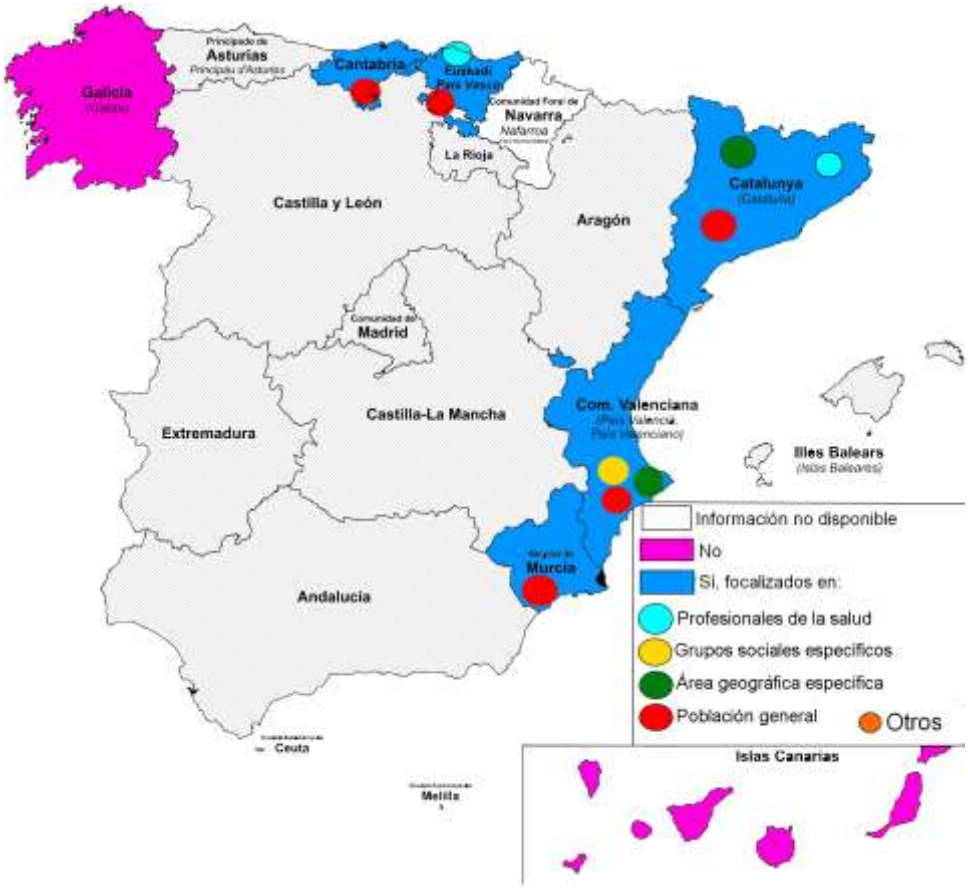


Figura 7 d. Porcentaje de autonomías que han realizado estudios sobre barreras y facilitadores de la participación (cáncer colorrectal)

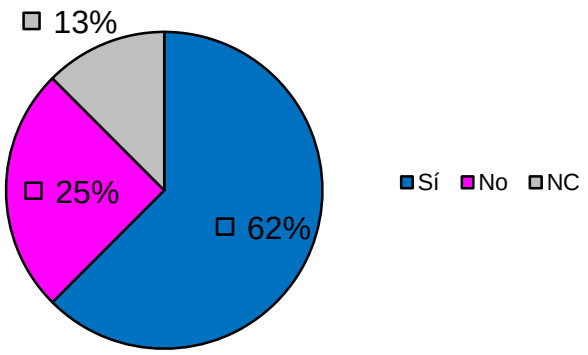


Figura 7 e. Elaboración de estudios específicos sobre barreras y facilitadores en la participación (cáncer de cérvix)



Figura 7 f. Porcentaje de autonomías que han realizado estudios sobre barreras y facilitadores de la participación (cáncer de cérvix)

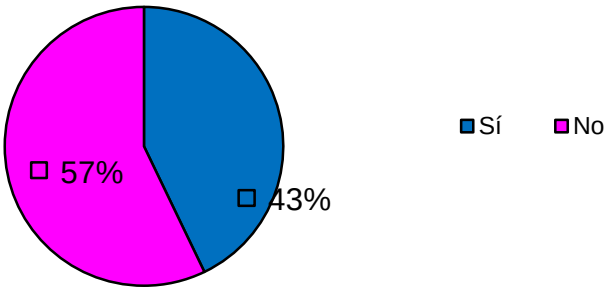


Figura 8 a. Intervenciones realizadas para reducir las desigualdades en participación (cáncer de mama)



Figura 8 b. Porcentaje de autonomías que realizan intervenciones para combatir las desigualdades, por tipo de enfoque (cáncer de mama)

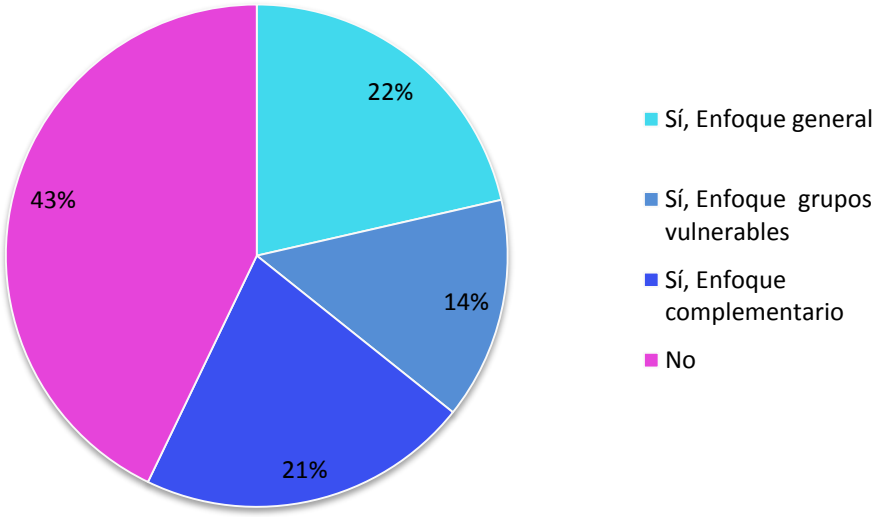


Figura 8 c. Intervenciones realizadas para reducir las desigualdades en participación (cáncer colorrectal)

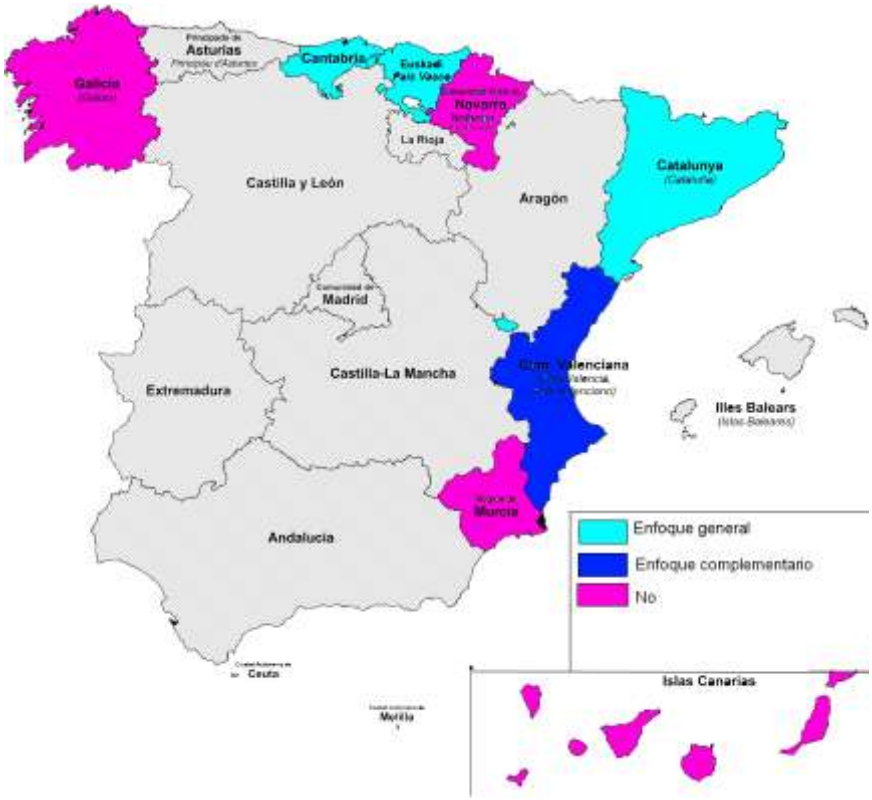


Figura 8 d. Porcentaje de autonomías que realizan intervenciones para combatir las desigualdades, por tipo de enfoque (cáncer colorrectal)

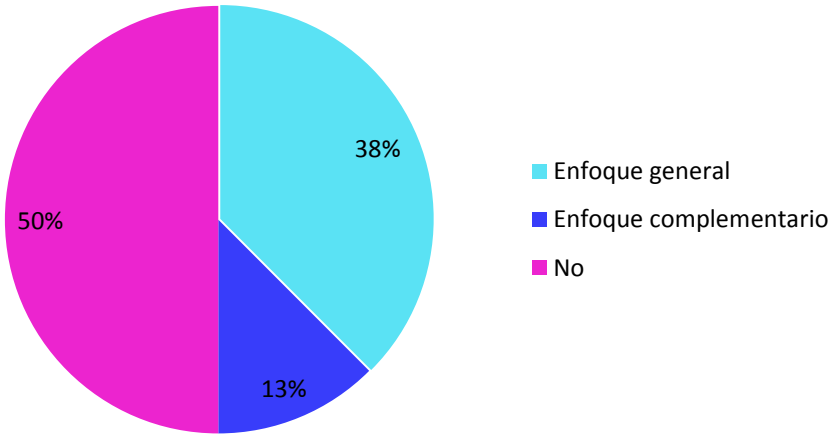


Figura 8 e. Intervenciones realizadas para reducir las desigualdades en participación (cáncer de cérvix)



Figura 8 f. Porcentaje de auronomías que realizan intervenciones para reducir las desdigualdades por tipo de enfoque (Cáncer de cérvix)

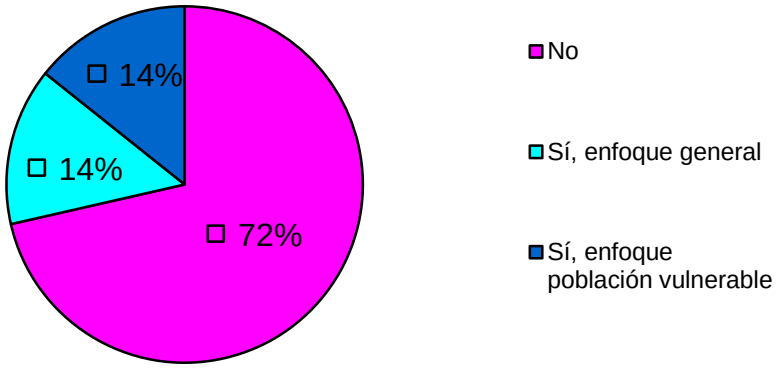


Figura 9 a. Uso de mecanismos de participación social (cáncer de mama)



Figura 9 b. Uso de mecanismos de participación social (Cáncer de mama)

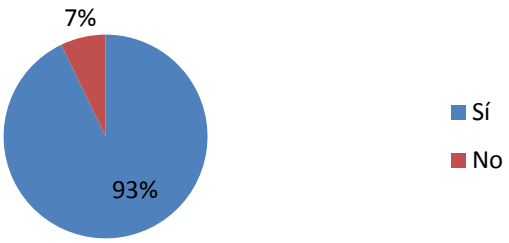


Figura 9 c. Tipo de mecanismos de participación social empleados en los programas de cribado (cáncer de mama)

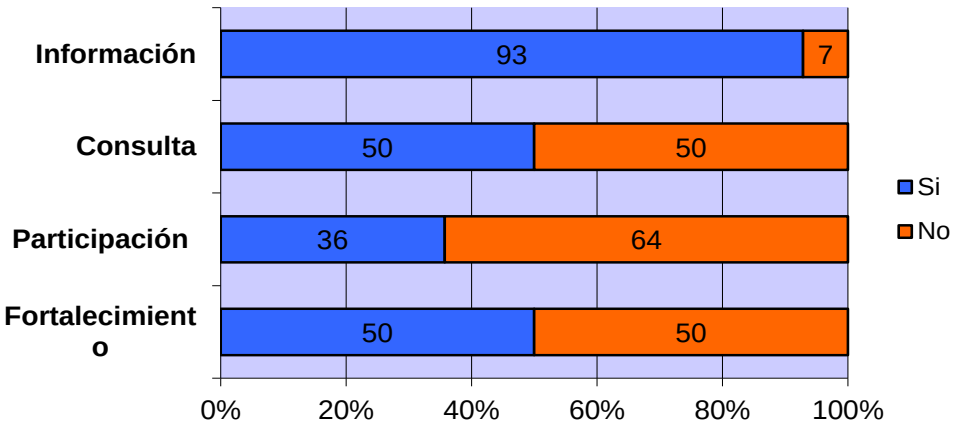


Figura 9 d. Uso de mecanismos de participación social (cáncer colorrectal)



Figura 9 e.Uso de mecanismos de participación social (Cancer colorrectal)



Figura 9 f. Tipo de mecanismos de participación social empleados en los programas de cribado (cáncer colorrectal)

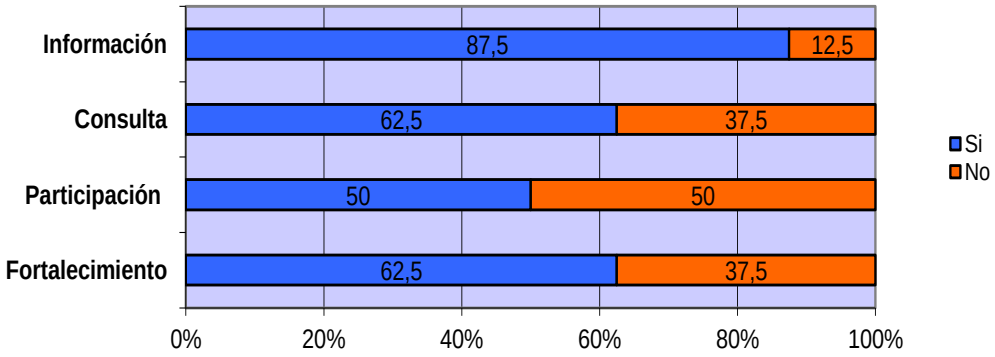


Figura 9 g. Uso de mecanismos de participación social (cáncer de cérvix)



Figura 9 h. Uso de mecanismos de participación social (cáncer de cérvix)



Figura 9 i. Tipo de mecanismos de participación social empleados en los programas de cribado (cáncer de cérvix)

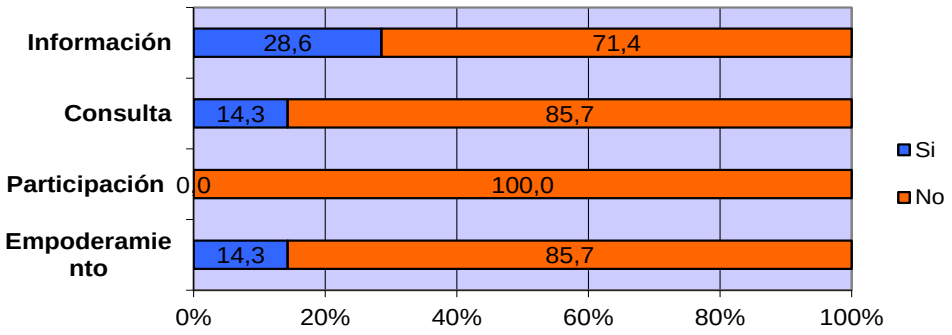


Figura 10 a. Inclusión de perspectiva intersectorial (cáncer de mama)



Figura 10 b. Porcentaje de autonomías que trabajan desde una perspectiva intersectorial (cáncer de mama)

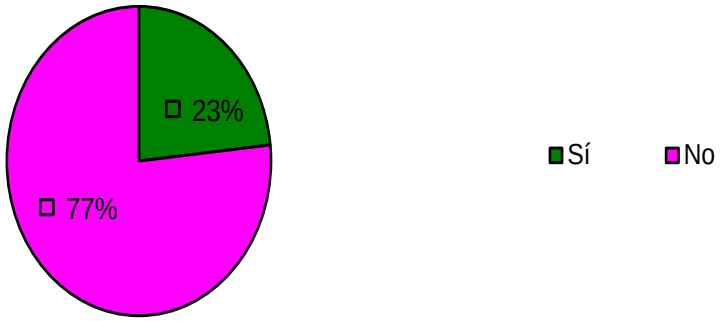


Figura 10 c. Inclusión de perspectiva intersectorial (cáncer colorrectal)



Figura 10 d. Porcentaje de autonomías que trabajan desde una perspectiva intersectorial (Cáncer colorrectal)

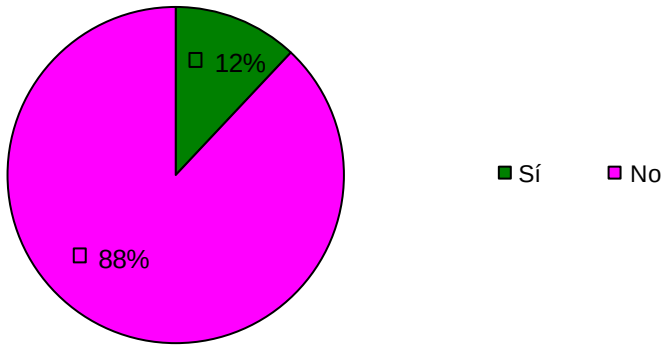


Figura 10 e. Inclusión de perspectiva intersectorial (cáncer de cérvix)



Figura 10 f. Porcentaje de autonomías que trabajan desde una perspectiva intersectorial (cáncer de cérvix)

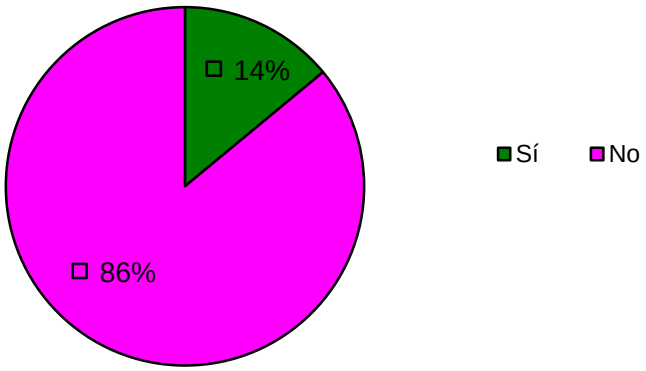


Tabla 1. Intervenciones para reducir las desigualdades en el acceso a los programas de cribado (cáncer de mama)

Region	Objetivo	Población diana	Tipo de intervención	Descripción de la intervención	Resultado
Pais Vasco	Garantizar la participación en el programa, y minimizar la falta de privacidad y molestias a mujeres ingresadas en los hospitales psiquiátricos	Población vulnerable: mujeres población diana del programa, ingresadas en los hospitales psiquiátricos de la CA del País Vasco	Mejoras de accesibilidad, Cambios organizativos	Programación exclusiva para cada hospital, con menos citas/día, historia médica cumplimentada por personal médico del Hospital, transporte del hospital a la Unidad cribado y realización mamografías basales y complementarias en la misma cita.	1.-Participación mayor o igual que población general. 2.-Atención organizada en base a garantizar privacidad y minimizar molestias a dicho colectivo.
	Identificar opiniones y necesidades de la población diana, a incluir en la Encuesta de Satisfacción de Usuarias del programa	Población general: Población diana del programa	Monitorización e investigación	Estudio cualitativo, mediante 3 grupos focales	Identificación de necesidades expresadas por la población a estudio, e inclusión de items resultantes en la Encuesta de satisfacción de usuarias del programa (carácter bienal)
	Incluir en la Encuesta de Salud del Gobierno Vasco (ESCAV), items sobre información y acceso a mamografías que permitan identificar motivos de no participación en el programa e intervenciones correctoras, si proceden	Población general: Mujeres de la Comunidad Autónoma del País Vasco	Monitorización e investigación	1.- Definición de variables sobre información y acceso a mamografías y motivos de no participación en el programa. 2.-Inclusión de items en la Encuesta Salud del Gobierno Vasco (quinquenal). 3.-Evaluación e identificación de áreas de mejora	Identificación de motivos de no participación en el programa y de áreas de mejora
Castilla la Mancha	Reducir inequidad por problemas de	Población general: Residentes en zonas alejadas de	Mejoras de accesibilidad	Provisión de autobuses para traslado a las unidades móviles	Mantenimiento de la tasa de participación

	accesibilidad territorial	la unidad de exploración			
Canarias	Accesibilidad de la población rural	Población general: Población rural	Mejoras de accesibilidad	Desplazamiento de la Unidad Móvil de exploración mamográfica a las zonas más distantes	Aumento de la participación de las mujeres de estas zonas
Cantabria	Accesibilidad de la población rural	Población general: Población rural	Mejoras de accesibilidad	Desplazamiento de la Unidad Móvil de exploración mamográfica a las zonas más distantes	Aumento de la participación de las mujeres de estas zonas
Galicia	Mejorar la accesibilidad	Población general: Mujeres que viven lejos de las unidades mamográficas	Mejoras de accesibilidad	Transporte gratuito	No evaluado
	Asegurar la universalidad del programa	Población vulnerable: Mujeres sin derecho en el sistema público de salud	Información	Campañas de información y sensibilización sobre el programa, remarcando que es gratuito y universal, indicando un número de teléfono para las mujeres que no han sido invitadas	No evaluado
Cataluña	Aumentar la participación en algunos grupos étnicos	Población vulnerable: Grupos étnicos	Mecanismos de participación social	Contacto con personas clave de grupos locales étnicos	
Navarra	Sensibilización sobre el cáncer de mama y posibilidades de la detección precoz	Población vulnerable: Población gitana y otros colectivos de inmigrantes	Información, Mecanismos de participación social	Reuniones	La participación aumenta entre las personas que asisten a las reuniones

Comunidad Valenciana	Mejora de la comunicación teniendo en cuenta posibles desigualdades sociales por nivel educativo para potenciar la participación informada	Población general: Población diana del programa	Información, Monitorización e investigación	Evaluación y diseño de materiales información adaptado a necesidades de las mujeres y nivel educativo (ver http://cuidatecv.es/cuidate_videos/programa-de-prevencion-del-cancer-de-mama/)	Se prevé evaluarlo pero todavía no se ha realizado
	Mejorar la participación informada	Población vulnerable: Mujeres de origen magrebí en un barrio de alta vulnerabilidad social (Projecte RIU: http://saludcomunitaria.wordpress.com/2010/05/31/projecte-riu-un-riu-de-cultures-un-riu-de-salut/)	Mecanismos de participación social, Empoderamiento	Participación social a través de agentes de salud: 1- estudio cualitativo sobre conocimientos y actitudes sobre la enfermedad y el programa; 2- actividades de información y sensibilización realizadas por los propios agentes de salud	Aumento del empoderamiento en salud y cáncer
	Mejorar la accesibilidad	Población general: Mujeres residentes en ámbito rural	Mejora de la accesibilidad	Facilitar el traslado a las Unidades de Prevención mediante autobuses gratuitos (financiado por los ayuntamientos)	Mejora de la participación en ámbitos rurales

Tabla 2. Intervenciones para reducir las desigualdades en el acceso a los programas de cribado (cáncer colorrectal)

Región	Objetivo	Población diana	Tipo de intervención	Descripción de la intervención	Resultado
Cantabria	Facilitar la participación a las personas aseguradas de las mutualidades médicas	Población general: Asegurados/as del Igualatorio Médico-Quirúrgico	Mejora de accesibilidad	Permitir la participación oportunista en la sanidad pública con los mismos criterios que la población con tarjeta sanitaria	No evaluada
Cataluña	Aumentar la participación	Población general: Personas de 50-69 años	Información	Modificación de las cartas de invitación y folletos de acuerdo a las necesidades de información de la población	Aumento de la participación
	Mejora del contacto y el servicio de entrega	Población general: Personas de 50-69 años (Hospitalet de Llobregat)	Cambios organizativos	Implicación del personal médico de atención primaria en el programa	Aumento de la participación
País Vasco	Conocer las barreras y facilitadores relacionados con la organización del programa	Población general: Población diana invitada y no invitada	Monitorización e investigación	Análisis cuantitativo y cualitativo	Recomendaciones para reducir desigualdades (invitación y participación)
	Conocer las causas de participación y no participación	Población general: Personas de 50-69 años	Monitorización e investigación	Estudio transversal	Las personas no participantes tiene menos conocimiento que las personas participantes
	Aumentar la participación en determinadas áreas	Población general: Personas de 50-69 años	Información, Mejora de la accesibilidad	Información mediante charlas, prensa, radio, llamadas de recuerdo del personal médico y de enfermería	Participación mayor de60%
Comunidad Valenciana	Mejora de la comunicación teniendo en cuenta posibles desigualdades sociales por nivel educativo para potenciar la participación informada	Población general: Población diana del programa	Información, Monitorización e investigación	Evaluación y diseño de materiales información adaptado a necesidades de las mujeres y nivel educativo (ver http://cuidatecv.es/cuidate_videos/programa-de-prevencion-del-cancer-de-colon/)	Se prevé evaluarlo pero todavía no se ha realizado
	Mejorar la participación informada	Población vulnerable: Mujeres de origen magrebí en	Mecanismos de participación social,	Participación social a través de agentes de salud: 1- estudio cualitativo sobre	Aumento del empoderamiento en salud

		un barrio de alta vulnerabilidad social (Projecte RIU: http://saludcomunitaria.wordpress.com/2010/05/31/projecte-riu-un-riu-de-cultures-un-riu-de-salut/)	Empoderamiento	conocimientos y actitudes sobre la enfermedad y el programa; 2- actividades de información y sensibilización realizadas por los propios agentes de salud	y cáncer

Tabla 3. Intervenciones para reducir las desigualdades en el acceso a los programas de cribado (cáncer de cérvix)

Region	Objetivo	Población diana	Tipo de intervención	Descripción de la intervención	Resultado
Cataluña	Aumentar la participación en las mujeres no participantes	Población general: Mujeres no participantes	Estrategias de invitación	Carta de invitación a través de profesionales sanitarios	Aumento de la participación de mujeres no participantes
Comunidad Valenciana	Mejorar la participación informada	Población vulnerable: Mujeres magrebíes en un barrio de alta vulnerabilidad social (Projecte RIU: http://saludcomunitaria.wordpress.com/2010/05/31/projecte-riu-un-riu-de-cultures-un-riu-de-salut/)	Mecanismos de participación social, Empoderamiento	Participación social a través de agentes de salud: 1- estudio cualitativo sobre conocimientos y actitudes sobre la enfermedad y el programa; 2- actividades de información y sensibilización realizadas por los propios agentes de salud	Aumento del empoderamiento en salud y cáncer

QUESTIONNAIRE ABOUT SOCIAL INEQUALITIES IN PARTICIPATION IN CANCER SCREENING PROGRAMMES

AIM OF THE QUESTIONNAIRE

The **Centre for Public Health Research (CSISP-FISABIO)**, Valencia (Spain) is an associate partner of the **European Partnership for Action Against Cancer** (EPAAC). Work Package 6 of the EPAAC, which focuses on **Cancer Screening**, aims to identify **good practices to reduce social inequalities in participation in cancer screening programmes for breast, cervical, and colorectal cancer**. This questionnaire has been designed for this purpose and is **directed at those responsible for European State/Regional cancer screening programmes**.

INSTRUCTIONS

- **MUST BE ANSWERED BY THE PERSON RESPONSIBLE FOR THE CANCER SCREENING PROGRAMMES**:
  - If the person is **responsible for all 3** programmes (breast, cervical, colorectal) they must answer **all of the questions**.
  - If the person is **only responsible for 1 or 2** of the programmes, they must **only answer the questions that refer to the programmes that they are in charge of**, and must respond "Not applicable" (NA) for the questions referring to the programmes that they are not in charge of.
- **TYPE OF ANSWERS:**
  - This is a **mixed questionnaire** containing both open and closed questions.
  - For most of the questions, you should answer with an X mark, **"YES", "NO" or "NA"** (Not applicable).
  - For some questions you should provide a detailed answer, **marking all that applies** (multiple choice) **or writing the answer yourself**.
- **SOMETIMES YOU WILL BE ASKED TO ATTACH A DOCUMENT TO SUPPORT YOUR ANSWER** (Eg: programmes, articles, plans etc.).

PLEASE TAKE 20 MINUTES TO ANSWER THE QUESTIONNAIRE.

PERSONAL DETAILS

COUNTRY/REGION:

NAME OF THE INSTITUTION:

NAME OF THE INDIVIDUAL COMPLETING THE QUESTIONNAIRE:

THE TYPE OF HEALTH SYSTEM IN YOUR COUNTRY/REGION. Please mark the appropriate box with an X and if "OTHER", please specify.

☐ **NATIONAL HEALTH SYSTEM (NHS)** (Funding: public by taxes. Assurance: universal. Provision: public)
☐ **SOCIAL SECURITY** (Funding: public by quotes. Assurance: multiple. Provision: private)
☐ **PRIVATE SYSTEM** (Funding: private. Assurance: private. Provision: private)
☐ **OTHER. Please specify:**

WHICH PROGRAMMES ARE YOU IN CHARGE OF? Please mark the appropriate box with an X and if NO is selected, please specify.

	YES	NO
BREAST CANCER SCREENING	☐	☐ Specify the name and the e-mail address of the person in charge of the programme **Name:** **e-mail:**
CERVICAL CANCER SCREENING	☐	☐ Specify the name and the e-mail address of the person in charge of the programme **Name:** **e-mail:**
COLORECTAL CANCER SCREENING	☐	☐ Specify the name and the e-mail address of the person in charge of the programme **Name:** **e-mail:**

Comments

QUESTIONNAIRE

1. <u>WHICH TYPE OF CANCER SCREENING PROGRAMME</u> IS OFFERED IN YOUR COUNTRY OR REGION FOR THE FOLLOWING TYPES OF CANCER?
Please mark the appropriate box with an X (for all that apply).

	POPULATION-BASED			OPPORTUNISTIC	NONE	NA
	Pilot	Partially implemented	Fully implemented			
BREAST CANCER	☐	☐	☐	☐	☐	☐
CERVICAL CANCER	☐	☐	☐	☐	☐	☐
COLORECTAL CANCER	☐	☐	☐	☐	☐	☐

2. PLEASE INDICATE THE <u>AGE INTERVAL</u> OF THE TARGET POPULATION FOR EACH TYPE OF SCREENING PROGRAMME:

	AGE INTERVAL	NA
BREAST CANCER	**Specify**	☐
CERVICAL CANCER	**Specify**	☐
COLORECTAL CANCER	**Specify**	☐

Comments

3. REGARDLESS OF WHETHER THE PROGRAMME IS POPULATION-BASED OR OPPORTUNISTIC, IS IT <u>FREE OF CHARGE</u> FOR THE ENTIRE TARGET POPULATION? Please mark the appropriate box with an X. If OTHER SITUATION is marked, please specify.

	YES, it´s free of charge	NO, it´s by copayment	OTHER SITUATION	NA
BREAST CANCER	☐	☐	**Specify:**	☐
CERVICAL CANCER	☐	☐	**Specify:**	☐
COLORECTAL CANCER	☐	☐	**Specify:**	☐

4. REGARDLESS OF WHETHER THE PROGRAMME IS POPULATION-BASED OR OPPORTUNISTIC, ARE YOU AWARE OF <u>ANY SPECIFIC GROUP OF POPULATION THAT IS NOT COVERED BY THE SCREENING PROGRAMME</u>? (EG: IMMIGRANTS WITHOUT RESIDENCE PERMITS, PRISONERS...).
Please mark the appropriate box with an X. If YES is marked, please specify.

	YES	NO	NA
BREAST CANCER	**Specify:**	☐	☐
CERVICAL CANCER	**Specify:**	☐	☐
COLORECTAL CANCER	**Specify:**	☐	☐

5. IS THERE A SPECIFIC OBJECTIVE TO AVOID OR REDUCE SOCIAL INEQUALITIES IN PARTICIPATION IN ANY OF THE SCREENING PROGRAMMES IN YOUR COUNTRY/REGION?

Please mark the appropriate box with an X. If YES is marked, please specify and attach any public documents which provide evidence of or refer to this objective.

SOCIAL INEQUALITIES IN HEALTH are the **unjust, unnecessary** and **avoidable variations in health.** Implies that ideally everyone could attain their full health potential and that no one should be disadvantaged from achieving this potential because of their **social position** or other socially determined circumstance.

The **innadecuate acces to health services (eg. cancer screening programmes)** is one of several determinants of social inequalities in health. **EQUITY IN HEALTH CARE (in acces to health care servcies)** allow equal geographic, economic and cultural acces to available services for all in equal need of health. The goal would be to closely match services to the level of need.

	YES	NO	NA
BREAST CANCER	**Specify:**	☐	☐
CERVICAL CANCER	**Specify:**	☐	☐
COLORECTAL CANCER	**Specify:**	☐	☐

6. WHAT IS THE APPROXIMATE PARTICIPATION RATE IN SCREENING PROGRAMMES IN YOUR REGION/COUNTRY?

If applicable, please indicate the percentage.

	%	NA
BREAST CANCER	**Specify**	☐
CERVICAL CANCER	**Specify**	☐
COLORECTAL CANCER	**Specify**	☐

7. IS PARTICIPATION IN THE SCREENING PROGRAMMES IN YOUR COUNTRY/REGION PERIODICALLY ANALYSED ACCORDING TO SOCIOECONOMIC VARIABLES SUCH AS AGE, GENDER, SOCIOECONOMIC STATUS ETC.?

Please mark the appropriate box with an X. If YES is marked, please specify

	YES	NO	NA
BREAST CANCER	☐ **Specify which variables** (all that apply)**:** ☐ **Age** ☐ **Socioeconomic status** (level of income, occupation, area deprivation index etc.) ☐ **Education level** ☐ **Ethnicity** (country of origin, nationality, ethnic group etc.) ☐ **Territory** (region, health area, neighbourhood etc) ☐ **Others. Specify**	☐	☐
CERVICAL CANCER	☐ **Specify which variables** (all that apply)**:** ☐ **Age** ☐ **Socioeconomic status** (level of income, occupation, area deprivation index etc.) ☐ **Education level** ☐ **Ethnicity** (country of origin, nationality, ethnic group etc.) ☐ **Territory** (region, health area, neighbourhood etc) ☐ **Others. Specify**	☐	☐
COLORECTAL CANCER	☐ **Specify which variables** (all that apply)**:** ☐ **Sex** ☐ **Age** ☐ **Socioeconomic status** (level of income, occupation, area deprivation index etc.) ☐ **Education level** ☐ **Ethnicity** (country of origin, nationality, ethnic group etc.) ☐ **Territory** (region, health area, neighbourhood etc) ☐ **Others. Specify**	☐	☐

8. HAS A <u>SPECIFIC SOCIAL GROUP</u> BEEN IDENTIFIED THAT <u>PARTICIPATES TO A LESSER EXTENT</u> THAN OTHERS?

Please mark the appropriate box with an X. If YES is marked, please specify

	YES	NO	NA
BREAST CANCER	**Specify:**	☐	☐
CERVICAL CANCER	**Specify:**	☐	☐
COLORECTAL CANCER	**Specify:**	☐	☐

Comments:

9. HAVE THE <u>BARRIERS TO PARTICIPATION AND FACTORS FACILITATING PARTICIPATION IN CANCER SCREENING PROGRAMMES</u> IN YOUR COUNTRY/REGION BEEN STUDIED? (EITHER IN THE PROGRAMME ITSELF OR IN COLLABORATION WITH OTHER ORGANISATIONS OR INSTITUTIONS).

Please mark the appropriate box with an X. If YES is marked, please specify

	YES	NO	NA
BREAST CANCER	☐ **Specify wich population groups were used as a sample oforthe study** *(all that apply)*: ☐ **General population** *(the studies used the entire target population as a sample)* ☐ **Specific social groups** *(Eg: an ethnic minority group, socially vulnerable population)* ☐ **Specific geographic area** *(Eg: deprived neighborhood, rural area etc.)* ☐ **Health professionals** *(Eg: the studies centered on any health professional)* ☐ **Others. Specify**	☐	☐
CERVICAL CANCER	☐ **Specify wich population groups were used as a sample oforthe study** *(all that apply)*: ☐ **General population** *(the studies used the entire target population as a sample)* ☐ **Specific social groups** *(Eg: an ethnic minority group, socially vulnerable population)* ☐ **Specific geographic area** *(Eg: deprived neighborhood, rural area etc.)* ☐ **Health professionals** *(Eg: the studies centered on any health professional)* ☐ **Others. Specify**	☐	☐
COLORECTAL CANCER	☐ **Specify wich population groups were used as a sample oforthe study** *(all that apply)*: ☐ **General population** *(the studies used the entire target population as a sample)* ☐ **Specific social groups** *(Eg: an ethnic minority group, socially vulnerable population)* ☐ **Specific geographic area** *(Eg: deprived neighborhood, rural area etc.)* ☐ **Health professionals** *(Eg: the studies centered on any health professional)* ☐ **Others. Specify**	☐	☐

Comments:

9. 1. IF YOUR ANSWER IN P9 WAS YES, **<u>WHAT KIND</u> OF BARRIERS TO PARTICIPATION AND FACTORS FACILITATING PARTICIPATION BEEN IDENTIFIED?**

Please mark the appropriate box with an X (all that apply)

	AVAILABILITY (services, human resources, equipment, infrastructure)	**ACCESSIBILITY** (distance, transport, transport time connectivity)	**CONTACT** (service delivery, quality, time delay, effectiveness: treatment of health staff, information, communication of results...)	**BELIEFS AND KNOWLEDGE** (social, cultural, religious, social networks, quality of treatment, privacy, anonymity, autonomy ...)
BARRIERS TO PARTICIPATION				
BREAST CANCER	☐	☐	☐	☐
CERVICAL CANCER	☐	☐	☐	☐
COLORECTAL CANCER	☐	☐	☐	☐
FACTORS FACILITATING PARTICIPATION				
BREAST CANCER	☐	☐	☐	☐
CERVICAL CANCER	☐	☐	☐	☐
COLORECTAL CANCER	☐	☐	☐	☐

Comments:

10. HAS ANY KIND OF <u>INTERVENTION TO REDUCE INEQUALITIES</u> IN CANCER SCREENING PROGRAMMES IN YOUR COUNTRY/REGION BEEN MADE?

	YES	NO	NA
BREAST CANCER	☐	☐	☐
CERVICAL CANCER	☐	☐	☐
COLORECTAL CANCER	☐	☐	☐

10.1. IF YOUR ANSWER TO P.11 WAS YES, **PROVIDE <u>FURTHER DETAILS OF THE INTERVENTION</u> MADE DURING THE LAST 5 YEARS.**

INTERVENTION 1

Screening programme (Breast, cervical or colorectal):

Objective:

Target population:

Type of intervention:

Outcome:

INTERVENTION 2

Screening programme (Breast, cervical or colorectal):

Objective:

Target population:

Type of intervention:

Outcome:

INTERVENTION 3
Screening programme (Breast, cervical or colorectal):
Objective:
Target population:
Type of intervention:
Outcome:

Comments:

11. HAVE THE SCREENING PROGRAMMES INCLUDED <u>SOCIAL PARTICIPATION</u> MECHANISMS (information, consultation, participation and empowerment) **DURING THE DESIGN, IMPLEMENTATION AND EVALUATION PHASES?**
Please mark the appropriate box with an X (all that apply)

	INFORMATION Give balanced and objective information to people about screening, its benefits and side effects. (Eg: information campaign)			**CONSULTATION** Get feedback from affected communities. (Eg survey, focus groups, etc.)			**PARTICIPATION** Working directly with communities to ensure their demands and / or needs are taken into account. (For example: to participate in decision-making about the information required in a leaflet screening programme)			**EMPOWERMENT** Provide tools to enable communities to have some control over the process. (Eg train health agents, community mediators, associations to increase awareness of screening programmes and reducing barriers)		
	YES	**NO**	**NA**	**YES**	**NO**	**NA**	**YES**	**NO**	**NA**	**YES**	**NO**	**NA**
BREAST CANCER	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
CERVICAL CANCER	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
COLORECTAL CANCER	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Comments:

12. HAVE YOU USED <u>INTERSECTORALITY</u> TO IMPROVE EQUITY IN SCREENING PROGRAMMES?

Please mark the appropriate box with an X (all that apply).

INTERSECTORALITY: work from policies that go beyond the health sector (eg: education, social policy, immigration etc.), when there is evidence that the solution cannot be achieved by one sector itself.

	YES	NO	NA
BREAST CANCER	☐ **Specify which areas you work with** (all that apply)**:** ☐ **Education** ☐ **Social work** ☐ **Employment policy** ☐ **Immigration** ☐ **Economic policy** ☐ **Others. Specify**	☐	☐
CERVICAL CANCER	☐ **Specify which areas you work with** (all that apply)**:** ☐ **Education** ☐ **Social work** ☐ **Employment policy** ☐ **Immigration** ☐ **Economic policy** ☐ **Others. Specify**	☐	☐
COLORECTAL CANCER	☐ **Specify which areas you work with** (all that apply)**:** ☐ **Education** ☐ **Social work** ☐ **Employment policy** ☐ **Immigration** ☐ **Economic policy** ☐ **Others. Specify**	☐	☐

Comments:

13. DO YOU WISH TO MAKE ANY FURTHER COMMENTS WITH REGARD TO INEQUALITIES IN CANCER SCREENING PARTICIPATION?

Your experiences: Documents to be attached

If you have analysed inequalities in your screening programmes or you have made interventions to reduce them, please **attach any articles, reports**, **supporting documents (brochures**, web pages, etc.) **with regard to your experiences of good practice** in **equity in cancer screening**.

Thank you for answering this questionnaire.

Your participation will support the integration of equity into cancer screening programmes in Europe