

Informe de situación de los procesos del programa de cribado de cáncer de mama en España. Año 2025

Grupo de trabajo del programa de cribado de cáncer de mama.



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD

Elaboración del documento

Grupo de trabajo del programa de cribado de cáncer de mama

Ministerio de Sanidad

Unidad de Programas de cribado poblacional

Rosa Soledad Díaz García

Laura Santos Rangel

Comunidades y Ciudades Autónomas

Comunidad Autónoma de Canarias

Isabel Regina Díez de la Lastra Bosch

María Teresa Barata Gómez

Comunidad Autónoma de Cantabria

Begoña Porras González

Comunidad Autónoma de Castilla-La

Mancha

Jose Ramón Martínez Fernández

María José Ruiz Pérez

Cristina Romero Castellanos

Comunidad Autónoma de Castilla y León

María Teresa Jiménez López

Aleida Miguel Peña

Comunidad Autónoma de Cataluña

Josep Alfons Espinàs Piñol

Comunidad Autónoma de Extremadura

María José Macías Ortiz

Comunidad Autónoma de Galicia

Ángel Gómez Amorín

Comunidad Autónoma Illes Balears

Guillem Artigues Vives

Comunidad Autónoma de La Rioja

Mercedes Sainz Miranda

Comunidad de Madrid

María Vicenta Labrador Cañadas

Carolina Lozano Serrano

Elena Gullón Gutiérrez

Región de Murcia

Joaquín Granados Ortega

Comunidad Foral de Navarra

María Ederra Sanz

Comunidad Autónoma del País Vasco

María Isabel Portillo Villares

Koldo López Guridi

Comunidad Valenciana

Eva Molina Périz

Mercedes Andrés Martínez

Ministerio de Sanidad-INGESA

Teresa García Ortiz

Juan Carlos Mata Padilla

Etelvina de Castro Santos

Revisión del documento

Ponencia de cribado Poblacional de la Comisión de Salud Pública.

Ministerio de Sanidad

Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud

Subdirección General de Promoción, Prevención y Equidad en Salud

Estefanía García Camiño

Unidad de Programas de cribado poblacional

Rosa Soledad Díaz García

Laura Santos Rangel

Manuela Blanco Pérez

María Teresa Herrero Díez

Sonia Vicente Gutiérrez

Mónica López Rodríguez

Dirección General de Cartera Común de Servicios del SNS y Farmacia

Subdirección General de Cartera de Servicios del SNS y Fondos de Compensación

María Luisa Vicente Saiz

Comunidades y Ciudades Autónomas

Comunidad Autónoma de Andalucía

Ignacio Sánchez-Barranco Vallejo

Comunidad Autónoma de Aragón

Carmen Malo Aznar

Principado de Asturias

Jose María Blanco González

Comunidad Autónoma de Canarias

Mariola de la Vega Prieto

María José García Mérida

Comunidad Autónoma de Cantabria

Begoña Porras González

Comunidad Autónoma de Castilla-La

Mancha

Jose Ramón Martínez Fernández

María José Ruiz Pérez

Comunidad Autónoma de Castilla y León

María Teresa Jiménez López

Comunidad Autónoma de Cataluña

Blanca Prats Viedma

Comunidad Autónoma de Extremadura

Mercedes García Reina

María José Macías Ortiz

Comunidad Autónoma de Galicia

Ángel Gómez Amorín

Comunidad Autónoma Illes Balears

Guillem Artigues Vives

Celia Personat Labrador

Comunidad Autónoma de La Rioja

Enrique Ramalle Gómara

Yolanda Ruiz del Prado

Comunidad de Madrid

María Vicenta Labrador Cañadas

Región de Murcia

María Rosa Ros Bullón

Comunidad Foral de Navarra

María Ederra Sanz

Comunidad Autónoma del País Vasco

Jon Iñaki Álvarez Uriarte

María Isabel Portillo Villares

Comunidad Valenciana

Eva Molina Periz

Ciudad Autónoma de Ceuta

Ninoska López Berrios

Isabel Espejo Pérez

Ciudad Autónoma de Melilla

Luisa Hermoso Castro

Ministerio de Sanidad-INGESA

Teresa García Ortiz

Revisión y aprobación del documento:

Ponencia de Cribado Poblacional: 20 de enero de 2026

Comisión de Salud Pública: 12 de febrero de 2026

La información contenida en este documento deberá referenciarse en caso de utilización.

Referencia sugerida:

Ponencia de Cribado Poblacional de la Comisión de Salud Pública. Informe de situación de los procesos del programa de cribado de cáncer de mama en España. Año 2025. Ministerio de Sanidad, 2025.

Agradecemos la colaboración de los representantes de las CCAA que han respondido al formulario.

Índice

ABREVIATURAS.....	1
Justificación y objetivo	2
Metodología	2
1. Diseño de la herramienta de recogida de datos	2
2. Recopilación de datos	3
3. Análisis de datos	3
Resultados	4
1. Fecha de inicio del programa de cribado poblacional	4
2. Población diana	4
2.1. Edad de la población diana	4
2.2. Captación	5
2.3. Invitación	5
2.4. Seguimiento a mujeres que no responden a la invitación	6
2.5. Lugar donde se realiza la invitación	7
2.6. Identificación de la población diana y población elegible	8
3. Método de cribado	11
3.1. Prueba de cribado ofertada en la cartera de servicios de la CA y su periodicidad recomendada	11
3.2. Utilización de la TDM en el cribado de cáncer de mama	11
3.3. Cómo se proporciona la cita de la prueba de cribado.....	12
3.4. Lugar de realización de la prueba de cribado	13
4. Uso de nuevas tecnologías en el programa de cribado.....	15
4.1. Herramientas de Inteligencia Artificial (IA)	15
4.2. Estudios de personalización del riesgo	15
5. Comunicación de resultados de la prueba de cribado	15
5.1. Comunicación de resultado negativo que NO requiera una reevaluación temprana	15
5.2. Comunicación de resultado negativo que SÍ requiera una reevaluación temprana con mamografía (por ejemplo, a los 6 o 12 meses)	16
5.3. Comunicación de resultado positivo en la prueba de cribado que requiera valoración adicional con pruebas de imagen	18
5.4. Comunicación de resultado positivo en la prueba de cribado que requiera valoración adicional con prueba de confirmación diagnóstica (estudio histopatológico)	19
5.5. Comunicación telefónica de resultados de la prueba de cribado	21

6.	Comunicación de resultados de la prueba de reevaluación temprana.....	21
7.	Comunicación de resultados de la prueba de valoración adicional	21
8.	Prueba de confirmación diagnóstica	22
8.1.	Lugar de realización de prueba de confirmación diagnóstica.....	22
8.2.	Comunicación de resultados de la prueba de confirmación diagnóstica	22
8.2.2.	<i>Comunicación de resultado positivo en la prueba de confirmación diagnóstica</i>	24
9.	Tiempos recomendados en el programa de cribado	24
9.1.	Plazo recomendado entre la realización de la prueba de cribado y la comunicación de resultados	24
9.2.	Plazo recomendado para la realización de la prueba de confirmación diagnóstica desde su derivación.	24
9.3.	Plazo recomendado entre la realización de la prueba de confirmación diagnóstica y la comunicación del resultado de la evaluación.	25
9.4.	Plazo recomendado entre la realización de la prueba de cribado hasta el inicio de tratamiento.....	25
10.	Sistema de Información (SI) del programa de cribado de cáncer de mama	25
10.1.	Disponibilidad de SI.....	25
10.2.	Responsable del SI	26
10.3.	Acceso a la historia clínica electrónica.....	27
10.4.	Características del Sistema de Información	27
10.5.	Informes de evaluación del programa.....	27
11.	Información y sensibilización sobre el programa de cribado	27
12.	Protocolos/Documentación	28
13.	Responsabilidad de la gestión del programa de cribado.....	29
14.	Disponibilidad de recursos para el desarrollo y gestión efectivos del programa de cribado ⁵	30
14.1.	Infraestructuras disponibles	30
14.2.	Requisitos competenciales de los profesionales sanitarios	32
14.3.	Número de técnicos de radiodiagnóstico, de radiólogos y de patólogos dedicados al programa de cribado de mama	32
14.4.	Horario de realización de mamografías de cribado	34
14.5.	Plan de formación en materia de protocolos de cribado.....	34
14.6.	Personal disponible para la gestión del programa de cribado	34
15.	Otros aspectos relacionados con la calidad del programa	34
15.1.	Auditorías del programa de cribado de cáncer de mama.....	34
15.2.	Satisfacción de las mujeres con el programa de cribado de cáncer de mama	

15.3. Barreras al programa de cribado de cáncer de mama 35

16. Revisión del programa de cribado 35

Discusión y conclusiones 37

Consideraciones finales 40

BIBLIOGRAFÍA 41

ANEXO 1. Formulario enviado a las CCAA..... 42

ABREVIATURAS

AH	Atención Hospitalaria
AP	Atención Primaria
CA	Comunidad Autónoma (Ciudad Autónoma)
CAE	Centro de Atención Especializada
CCAA	Comunidades Autónomas (Ciudades Autónomas)
CCM	Cribado de Cáncer de Mama
CM	Cáncer de Mama
CS	Centro de Salud
CSP	Comisión de Salud Pública
HE	Hospitales Específicos
HR	Hospital de Referencia
IA	Inteligencia Artificial
MD	Mamografía Digital
PCCM	Programa de Cribado de Cáncer de Mama
RedETS	Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del Sistema Nacional de Salud
RM	Resonancia Magnética
SSA	Servicio de Salud Autonómico
SI	Sistema de Información
SNS	Sistema Nacional de Salud
SP	Salud Pública
TDM	Tomosíntesis Digital Mamaria
TSI	Tarjeta Sanitaria Individual
UFM	Unidad Fija de Mamografía
UMM	Unidad Móvil de Mamografía

Justificación y objetivo

En España, el programa de cribado de cáncer de mama (PCCM) fue incorporado a la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (SNS) en el año 2014 según la Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre¹ y, desde entonces, ofrece a las mujeres de entre 50 y 69 años una mamografía cada dos años como prueba de cribado gratuita.

El 9 de diciembre de 2022 fue adoptada en el Consejo de la Unión Europea la Recomendación del Consejo relativa a la mejora de la prevención mediante la detección precoz, donde se establecen las nuevas recomendaciones relativas al cribado de cáncer.² Teniendo en cuenta las pruebas presentadas en las directrices europeas, se recomienda el cribado de cáncer de mama (CCM) con mamografía en mujeres de entre 50 y 69 años. Se propone un límite de edad inferior de 45 años y un límite superior de 74, y se sugiere el uso de tomosíntesis digital de mama (TDM) o de mamografía digital (MD). Debe considerarse el uso de imágenes por resonancia magnética (RM) cuando sea apropiado desde el punto de vista médico.

En base a estas recomendaciones, la Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS (RedETS) está elaborando un informe de análisis de la efectividad clínica y coste-efectividad de la ampliación del CCM a mujeres de 45-49 y 70-74 años y del uso de la TDM en el cribado de mujeres con alta densidad mamaria.

Asimismo, la Ponencia de Cribado Poblacional de la Comisión de Salud Pública (CSP), en la reunión celebrada el 21 de octubre de 2025, decidió la creación de un grupo de trabajo con el objetivo de analizar la situación del PCCM en las diferentes CCAA. Este análisis pretende servir como punto de partida para la elaboración de un documento de consenso que recoja los principales requisitos y recomendaciones de este programa de cribado a nivel nacional y, por otro lado, como herramienta de ayuda a la toma de decisiones en las modificaciones del programa que están siendo evaluadas por la RedETS.

Para ello, el grupo de trabajo del PCCM, coordinado por la Unidad de Programas de Cribado Poblacional del Ministerio de Sanidad, elaboró un formulario que recogiese información sobre los distintos aspectos del programa en sus diferentes etapas, para su cumplimentación por los responsables del programa de cribado de las diferentes Comunidades Autónomas y ciudades con Estatuto de Autonomía (CCAA), con la finalidad de conocer la situación del programa en cada una de ellas.

El objetivo de este informe es, por tanto, describir la situación del PCCM en España en el año 2025.

Metodología

1. Diseño de la herramienta de recogida de datos

El Grupo de Trabajo del PCCM elaboró un formulario para recopilar información estructurada sobre los distintos aspectos del programa de cribado, incluyendo tanto aspectos generales en cada una de sus etapas como elementos específicos relacionados con el proceso de cribado, el

uso de nuevas tecnologías, así como con la disponibilidad de recursos para el desarrollo y gestión efectivos, y otros aspectos relacionados con la calidad del programa³.

El formulario constaba de 115 preguntas clasificadas en 17 secciones (ver anexo 1). Se incluyeron preguntas de respuesta única, de respuesta múltiple y de formato de texto libre. Algunas preguntas incluían la opción de respuesta "otras", que se podía utilizar para añadir una respuesta que no estuviera incluida en las opciones predefinidas. Además, al final de cada sección se incluyó un apartado "comentarios/observaciones" para poder reflejar información adicional que se estimara oportuno sobre esa sección. Estos aportes han sido considerados para una interpretación más precisa de las respuestas. Para evitar poder vincular los comentarios a comunidades concretas, algunos comentarios no se transcriben ni se detallan en este documento.

Dentro del formulario había preguntas condicionales, que dependían de la respuesta de una pregunta previa. La mayoría de las preguntas eran de respuesta obligatoria, salvo aquellas en las que se indicara lo contrario.

2. Recopilación de datos

El formulario fue adaptado para su cumplimentación en línea mediante la aplicación Microsoft Forms, y se envió a todas las CCAA a través de sus representantes designados. El periodo de recogida de datos se estableció entre el 19 de noviembre y el 15 de diciembre de 2025. Tras la finalización del periodo, se realizó recordatorio a través de correo electrónico a los representantes de las CCAA con el objetivo de incrementar la tasa de respuesta y favorecer la representatividad de los datos a nivel nacional, y se amplió el plazo hasta el 19 de diciembre de 2025. También se resolvieron dudas sobre el formulario cuando fue requerido. Finalmente, se obtuvo respuesta por parte de todas las CCAA a fecha 29 de diciembre de 2025.

3. Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo de los resultados, utilizando frecuencias absolutas (n=número de CCAA), y relativas (%) en las variables cualitativas. En algunas preguntas esta información se representó utilizando gráficos de barras y/o circulares.

En las preguntas de respuesta múltiple, una misma comunidad autónoma (CA) podía seleccionar varias categorías. Las respuestas se analizaron inicialmente por categorías individuales, contabilizando cada respuesta seleccionada de forma independiente. Posteriormente, se examinaron las combinaciones de respuestas con el objetivo de identificar patrones organizativos comunes entre CCAA. Las frecuencias relativas se calcularon sobre el número de CCAA que respondieron a cada pregunta, independientemente del número de opciones seleccionadas.

Para el análisis de recursos (preguntas 89-93, 96-97, 101-102 del formulario) se calcularon la media ponderada, la mediana, el mínimo, el máximo, el percentil 25, el percentil 75 y el número de recursos sobre 100.000 mujeres de la población diana. Esta población se obtuvo a partir del censo anual de población de 2024⁴, por CA, seleccionando a las mujeres pertenecientes a los rangos de edad definidos la población diana del programa de cribado autonómico en el año 2025, de acuerdo con las respuestas a la pregunta 3 del formulario.

A partir de las respuestas en formato de texto libre se crearon diferentes categorías para su análisis cualitativo, salvo en las preguntas 78 y 114 en las cuales se mantuvieron las respuestas textuales.

NOTA: El término “Atención Hospitalaria” al que se hace referencia en este documento engloba tanto a la asistencia en hospitales como en centros de especialidades.

Resultados

Respondieron al formulario las 17 Comunidades Autónomas y las 2 Ciudades con Estatuto de Autonomía. Por tanto, salvo que se indique expresamente lo contrario, todos los porcentajes presentados se han calculado sobre el total de las 19 CCAA participantes.

A continuación, se presentan las respuestas recibidas.

1. Fecha de inicio del programa de cribado poblacional

En España, las mamografías de cribado se iniciaron en el año 1990, y la incorporación del PCCM a las carteras de servicios de las distintas CCAA se llevó a cabo con anterioridad al año 2000, salvo 1 CA, que lo incorporó en 2001.

2. Población diana

2.1. Edad de la población diana

Según establece la Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, el cribado poblacional de cáncer de mama se oferta a todas las mujeres de entre 50 y 69 años. Algunas CCAA han ido ampliando paulatinamente los rangos de edad, reduciendo el límite inferior y/o aumentando el límite superior principalmente a partir de las recomendaciones del Consejo de 2022 relativas al cribado de cáncer. No obstante, 4 CCAA ya incluían a mujeres de 45 a 49 años, y una de ellas también a la cohorte de 70 años, en la población diana desde la década de los noventa.

En la Tabla 1, se muestran los rangos de edad considerados por las diferentes CCAA en 2025. 1 CA con población diana de 50 a 69 años en 2025, especificó que tiene previsto comenzar la ampliación de 45 a 49 años entre 2026 y 2027. La CA que criba a mujeres de 50 a 71 años, prevé terminar la ampliación a 74 años en 2028.

Tabla 1. Rango de edad de la población diana en las CCAA

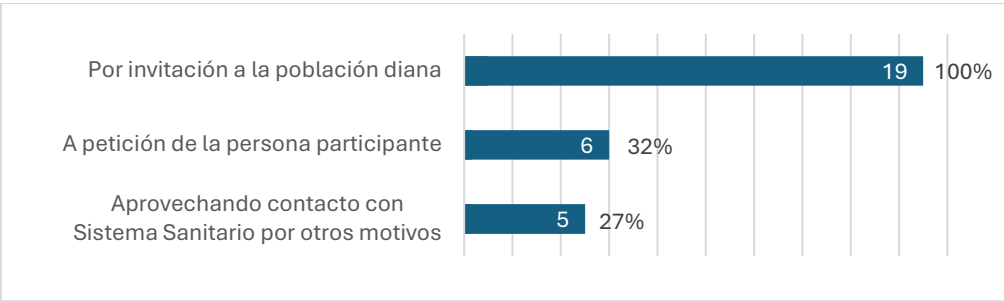
Rangos de edad de la población diana (año 2025)	Nº de CCAA
De 50 a 69 años	7
De 45 a 69 años	2
De 50 a 74 años	1
De 45 a 74 años	3
Otros (en fase de ampliación de edad)	6
40-69 años	1
45 años, 50-69 años, 70 años	1
47 a 69 años	1
47 a 70 años	1
49 a 71 años	1
50 a 71 años	1

2.2. Captación

La captación se realiza mediante invitación a la población diana como método único en 13 CCAA (68%). En otra CA (5%), además de la invitación a la población diana, se realiza la prueba de cribado a petición de la persona participante, y en otras 5 CCAA (27 %) se utilizan tres métodos de captación (invitación a la población diana, a petición de la persona participante y aprovechando el contacto con el sistema sanitario).

En el gráfico 1, se muestra el número de CCAA (n) que utilizan cada método de captación.

Gráfico 1. Métodos de captación utilizados (n, %)



2.3. Invitación

Los métodos de invitación más utilizados son la invitación por correo postal (17 CCAA, 89%), seguido del envío de SMS (7 CCAA, 37%).

11 CCAA (57%) utilizan un único método: 10 CCAA (52%) la invitación por correo postal, y 1 CA (5%) la invitación por SMS. Las 8 CCAA restantes (43%) combinan dos o más métodos de invitación.

En el gráfico 2, se representan las respuestas de las CCAA clasificándose en categorías individuales y contabilizándose de forma independiente. En el gráfico 3, se muestran las combinaciones de respuestas aportadas por cada CA.

Gráfico 2. Métodos de envío de invitación a la población al programa de cribado (n, %)

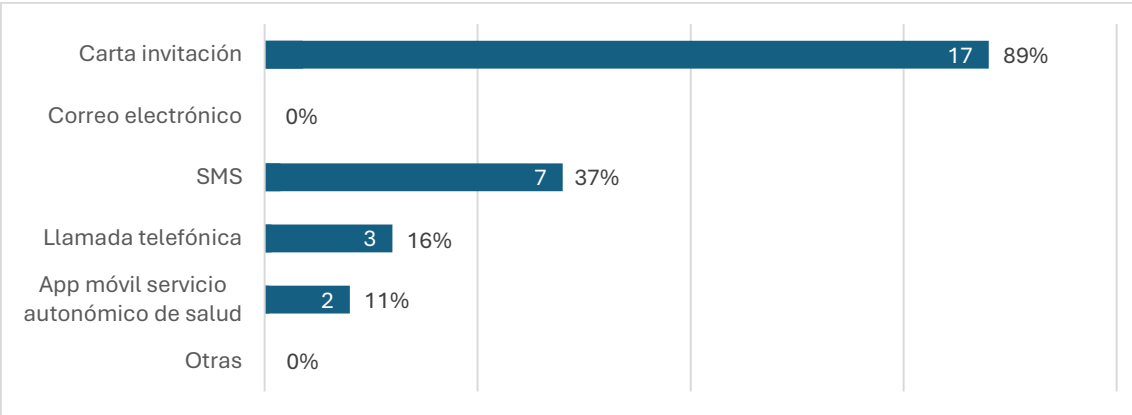
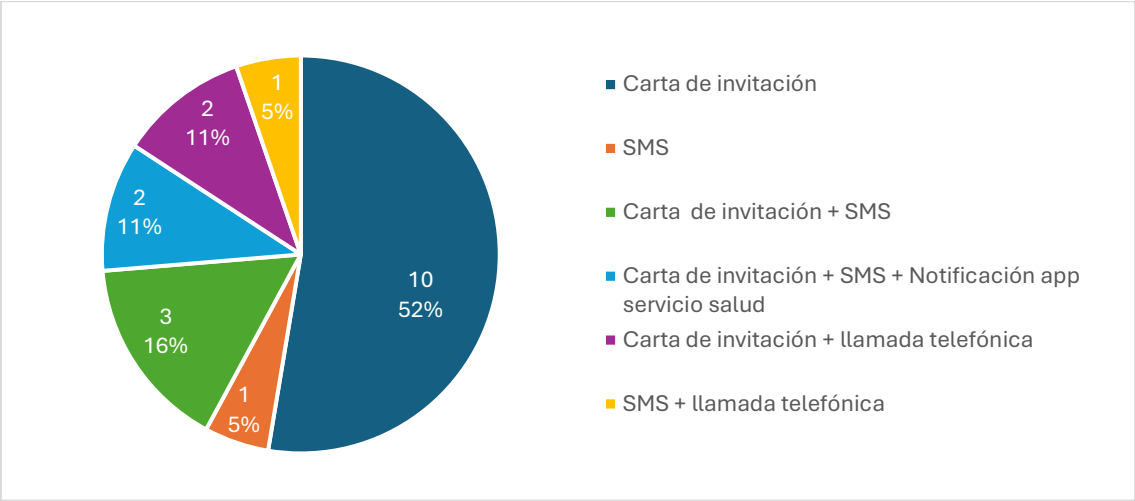


Gráfico 3. Combinaciones de métodos utilizados por las CCAA para la invitación a la población al programa de cribado (n, %)



2.4. Seguimiento a mujeres que no responden a la invitación

17 CCAA refieren hacer seguimiento de aquellas mujeres que no responden a la invitación inicial, enviándoles recordatorios.

Los recordatorios se realizan mediante el reenvío de una carta de invitación en 10 CCAA (59%), ya sea como único método (4 CCAA, 23%) o en combinación con otras vías como el SMS, la llamada telefónica y/o la aplicación móvil del servicio autonómico.

6 CCAA (35%) realizan los recordatorios mediante llamada telefónica como único método.

En el gráfico 4, se representan las respuestas de las CCAA clasificándose en categorías individuales y contabilizándose de forma independiente. En el gráfico 5, se muestran las combinaciones de respuestas aportadas por cada CA.

Gráfico 4. Métodos de envío de recordatorios a mujeres que no responden a la invitación inicial (n, %)

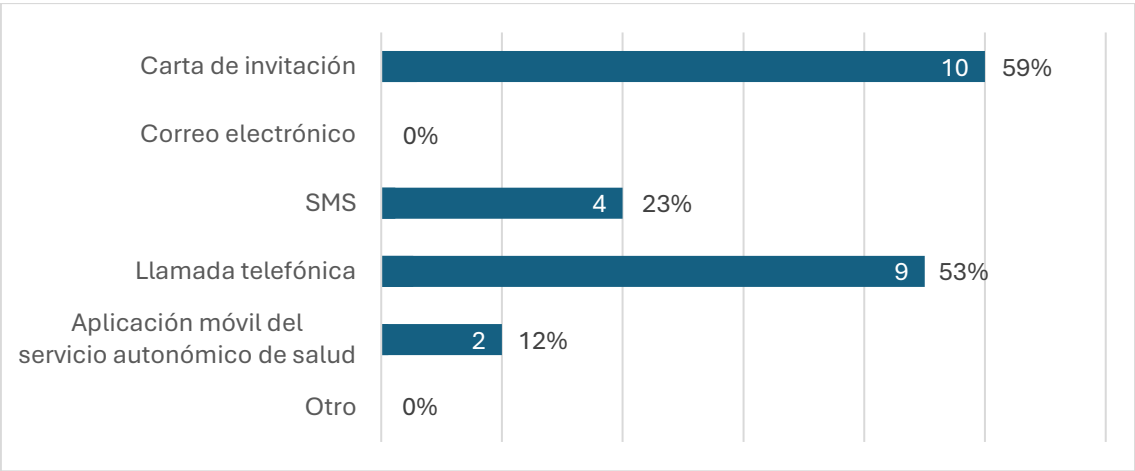
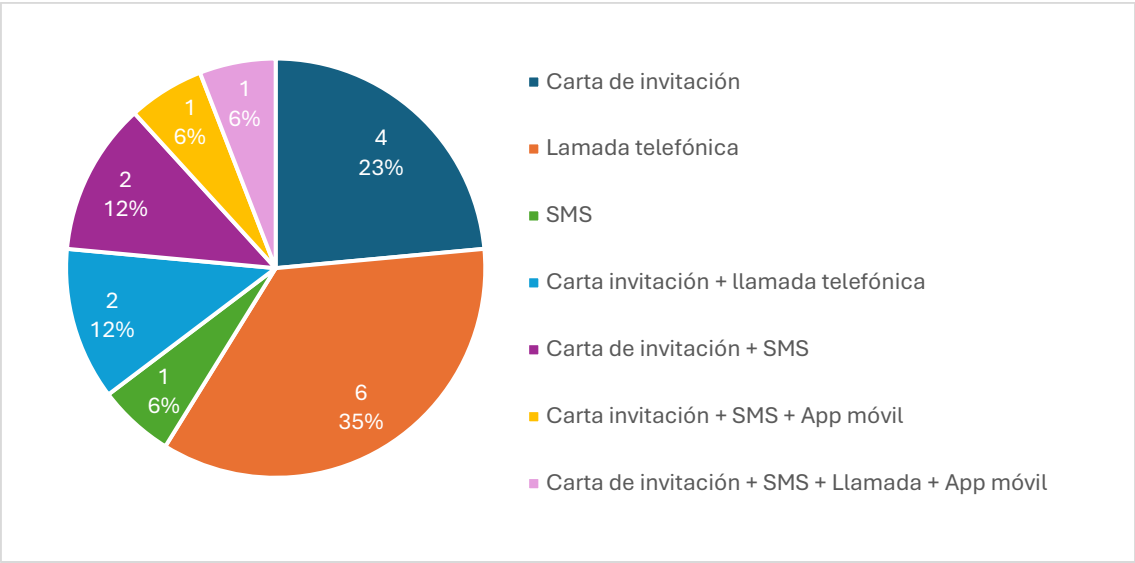


Gráfico 5. Combinaciones de métodos envío de recordatorios a mujeres que no responden a la invitación inicial (n, %)



2.5. Lugar donde se realiza la invitación

La invitación de la población al programa de cribado se lleva a cabo principalmente desde Salud Pública (SP) (8 CCAA, 42%) y/o desde el servicio de salud autonómico (SSA)-servicios centrales- (7 CCAA, 37%). En 2 de ellas, la invitación se realiza desde ambos lugares.

Otras CCAA realizan la invitación desde Atención Hospitalaria (AH), Atención Primaria (AP) u otras entidades dependientes del SSA.

En el gráfico 6, se representan las respuestas de las CCAA clasificándose en categorías individuales y contabilizándose de forma independiente. En el gráfico 7, se muestran las combinaciones de respuestas aportadas por cada CA.

Gráfico 6. Lugares donde se realiza la invitación (n, %)

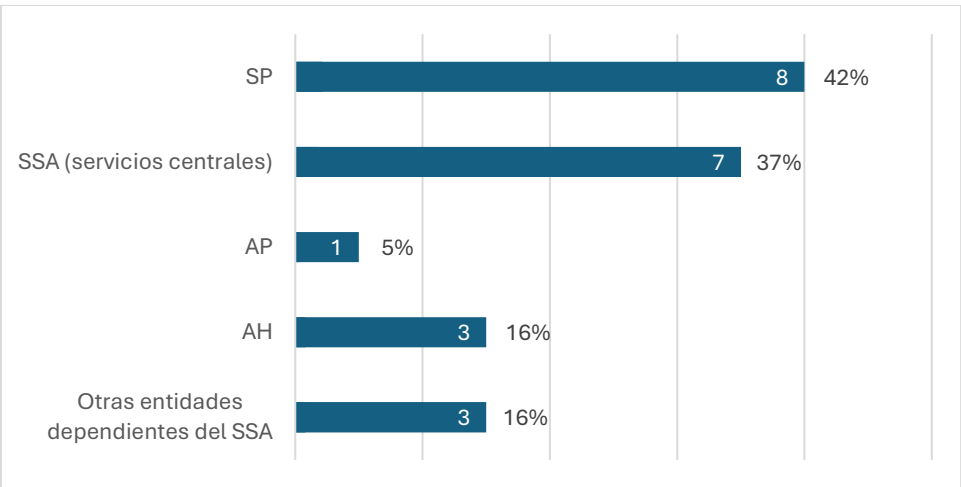
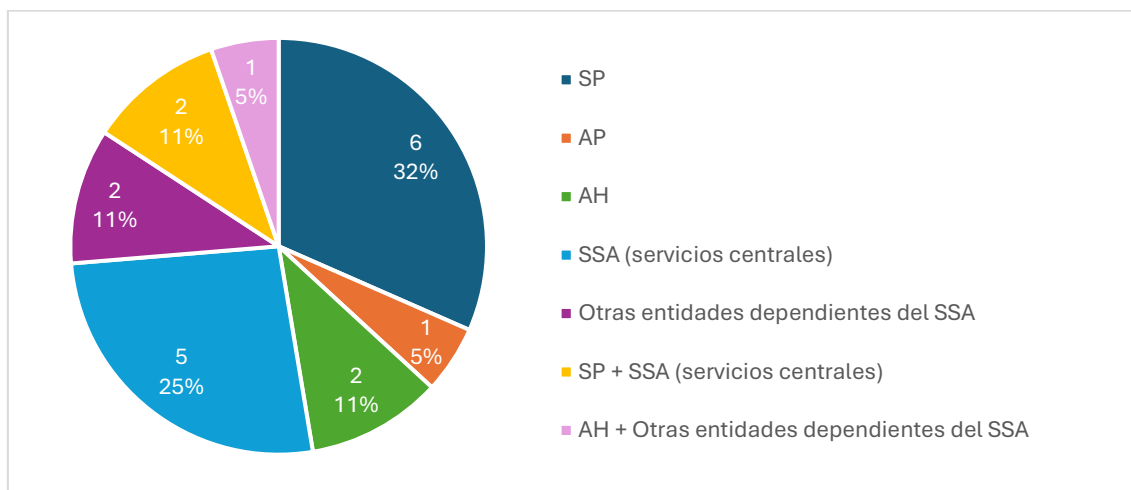


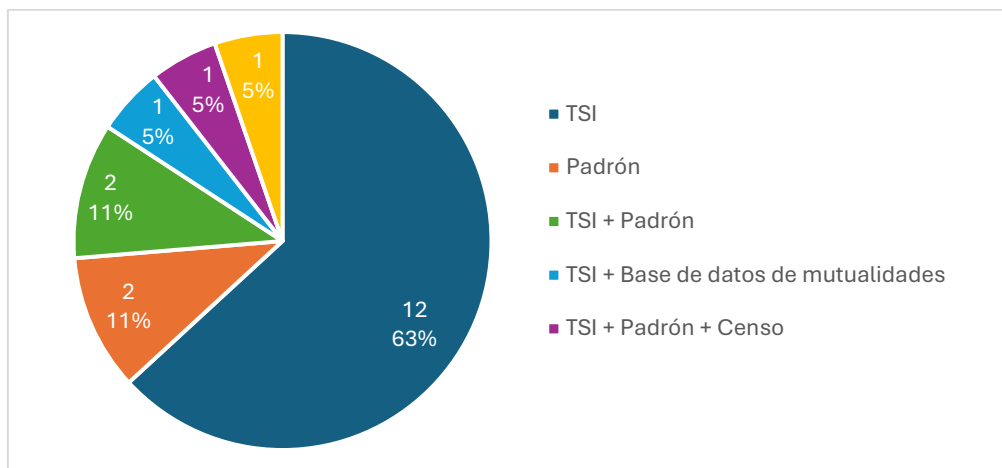
Gráfico 7. Combinaciones de lugares donde se realiza la invitación en las CCAA (n, %)



2.6. Identificación de la población diana y población elegible

La **fente de información utilizada para identificar a la población diana** es mayoritariamente la tarjeta sanitaria individual (TSI) (16 CCAA, 84%), ya sea como fuente única o en combinación con otras. En el gráfico 8 se muestran las combinaciones de fuentes de información utilizadas por cada CA.

Gráfico 8. Combinaciones de fuentes de información utilizadas para la identificación de la población diana (n, %)



De las 12 CCAA que utilizan únicamente la TSI como fuente de identificación de la población diana: 3 de ellas (25%) utilizan o están valorando utilizar alguna estrategia de identificación de aquellas personas de la **población diana que no cuentan con TSI**, otras 5 CCAA (46%) no utilizan ninguna estrategia, 3 CCAA (27%) no aportan información al respecto, y la CA restante (9%) indica que en su base de datos de TSI constan las personas con y sin tarjeta.

Por otro lado, 17 CCAA disponen de un **Sistema de Información (SI)** que consideran adecuado para la **identificación de la población diana**.

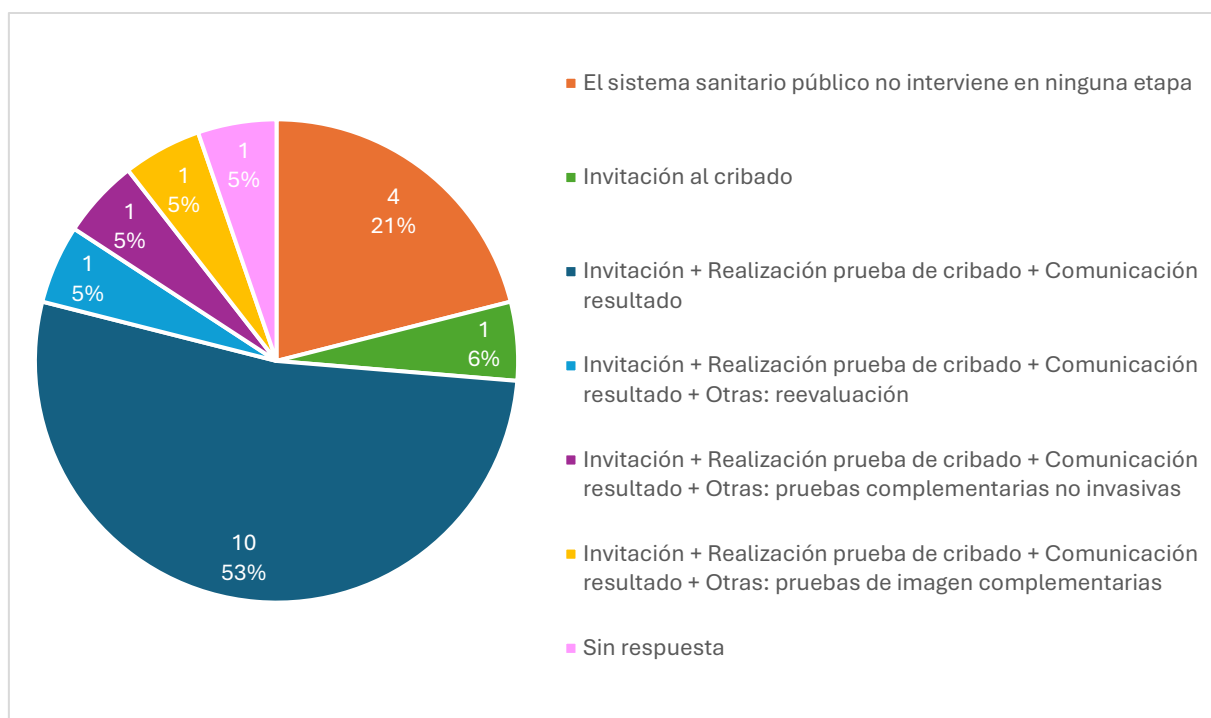
4 CCAA (21%) disponen de métodos de identificación de **población trans** susceptible de ser invitada al programa de cribado, 14 CCAA (74%) no dispone de ellos, y 1 CA (5%) no contesta.

En cuanto a las **mujeres afiliadas a mutualidades administrativas** (MUFACE, ISFAS, MUGEJU) y **que reciban la prestación sanitaria a través de entidades privadas**, el sistema sanitario público (incluida SP) interviene en alguna de las etapas del cribado en 15 CCAA.

- En 1 CA (5%), el sistema sanitario público participa solo en la invitación al cribado.
- En otras 13 CCAA (68%), el sistema sanitario público interviene en la invitación, la realización de la prueba de cribado, así como en la comunicación de los resultados de la prueba. De estas 13 CCAA, en 1 de ellas también se lleva a cabo la reevaluación, en otra se realizan también las pruebas complementarias no invasivas, y en una tercera se realizan adicionalmente las pruebas de imagen complementarias que se precisen.
- En 4 CCAA (21%), el sistema sanitario público no interviene en ninguna etapa del programa.
- La CA restante (5%), no aporta información al respecto.

En el gráfico 9, se muestran las combinaciones de respuestas aportadas por cada CA.

Gráfico 9. Etapas del cribado en las que interviene el sistema sanitario público en mujeres que reciben prestación sanitaria a través de entidades privadas (n, %)



En relación con la población elegible, en la Tabla 2 se muestran los **criterios de exclusión** que son capaces de identificar las 18 CCAA que cuentan con SI.

Tabla 2. Criterios de exclusión identificados por los SI de las CCAA

Criterios de exclusión*	Nº (%) CCAA con SI capaz de identificar el criterio de exclusión
Mujeres con mastectomía bilateral	11 (61%)
Mujeres con diagnóstico de cáncer de mama (CM)	15 (83%)
Mujeres con factores de tipo familiar y/o personal que determinan un alto riesgo, ya que serán incluidas en programas específicos.	5 (28%)
Mujeres con antecedente de mamografía con resultado negativo en los dos últimos años y en la que sea posible realizar una valoración adecuada de su resultado.	5 (28%)
Mujeres sintomáticas.	5 (28%)
Mujeres con inmovilidad o situaciones invalidantes temporales que impidan la realización de la prueba de cribado. Se entenderá también como un retraso en la invitación y se invitará una vez transcurrido el tiempo previsto.	7 (39%)
Ninguno de los criterios de exclusión anteriores	2 (11%)

*Los criterios de exclusión considerados son los indicados en el Anexo 1 del documento de consenso del SI del programa de cribado de cáncer del SNS⁵.

Algunas CCAA diferencian entre criterios de exclusión, criterios de baja o de retraso de invitación. Para facilitar el análisis se han considerado como criterios de exclusión, independientemente de su denominación a nivel autonómico.

Varias CCAA tienen en cuenta otros criterios de exclusión adicionales a los especificados en la tabla anterior. Estos criterios son: el cambio de domicilio (dentro de la misma CA o a otra CA o país), fallecimiento, rechazo de participación, portadoras de implante mamario, y control por médico privado.

11 de las 18 CCAA que identifican criterios de exclusión a través de su SI (61%) emplean métodos de **validación del proceso de identificación de la población elegible**. Estas CCAA realizan cruces de datos con registros poblacionales de cáncer, CMBD, registro hospitalario de tumores, registro de mortalidad, así como con datos de primaria y especializada con códigos CIE. 7 de estas 11 CCAA refieren tener el método de validación recogido en un protocolo; 3 CCAA no, y la CA restante no ha aportado esta información.

3. Método de cribado

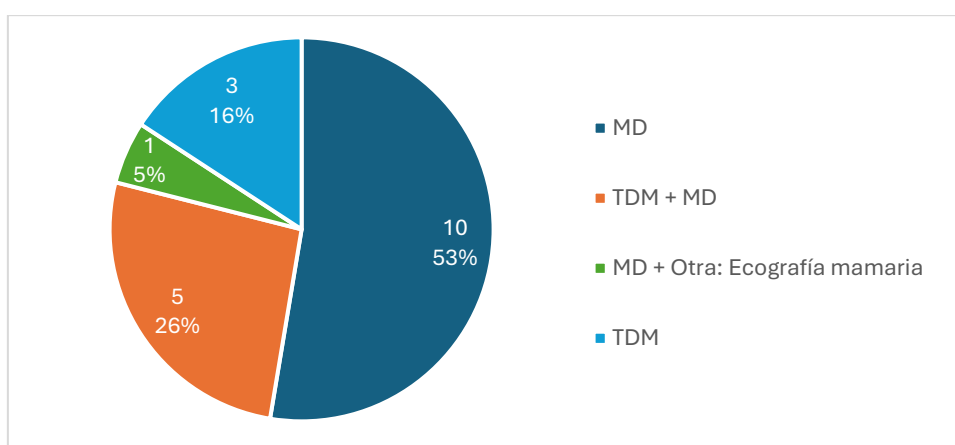
3.1. Prueba de cribado ofertada en la cartera de servicios de la CA y su periodicidad recomendada

La MD de doble proyección es la prueba de cribado ofertada en la mayoría de las CCAA, ya sea como única prueba de cribado (10 CCAA, 53%), en combinación con la TDM (5 CCAA, 26%) o con la ecografía mamaria (1 CA, 5%).

Por el contrario, en 3 CCAA (16%), la prueba de cribado ofertada es la TDM.

En el gráfico 10, se muestran las combinaciones de respuestas aportadas por cada CA.

Gráfico 10. Pruebas de cribado ofertadas en la cartera de servicio de cada CA (n, %)



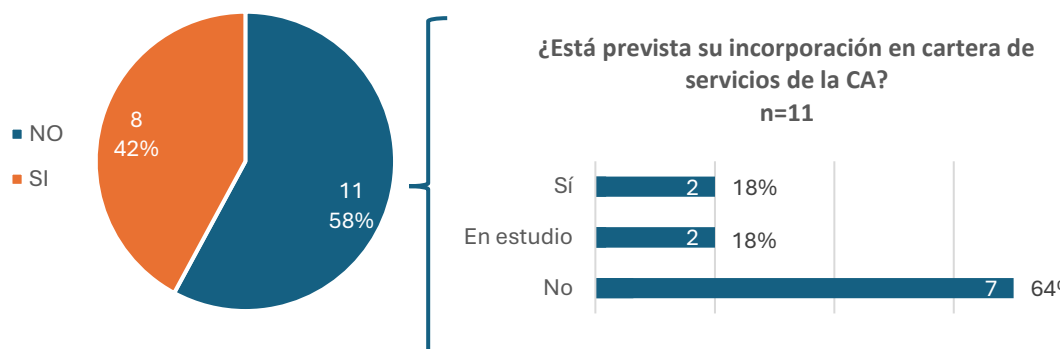
En cuanto a la **periodicidad de la prueba**, 17 CCAA (89%) refieren repetir la prueba de cribado cada 2 años. 1 CA (5%) especifica que sigue las recomendaciones/sugerencias de las guías europeas de cribado de cáncer de mama, estableciendo una periodicidad bienal entre los 50-69 años, y una periodicidad trienal entre los 45-49 y los 70-74 años. Otra CA (5%) informa una periodicidad de 1 año, 6 meses, a criterio radiológico, dependiendo de características de la mama.

3.2. Utilización de la TDM en el cribado de cáncer de mama

Como se describe en el apartado anterior, en 8 CCAA (42%) se oferta actualmente la TDM como prueba de cribado del CM, ya sea junto con la MD (5 CCAA, 26%) o como única prueba de cribado (3 CCAA, 16%).

De las 11 CCAA en las que actualmente no se realiza la TDM como prueba de cribado, en 7 de ellas (64%) no está prevista la incorporación de la TDM en su cartera de servicios, en 2 (18%) sí está prevista su incorporación y en otras 2 (18%) se encuentra en estudio. Esta última, es la única CA que refiere estar realizando un pilotaje sobre el uso de la TDM.

Gráfico 11. Utilización de la TDM como prueba de cribado en las CCAA (n, %)



En 12 CCAA (63%) se utiliza, está previsto utilizarse o se está estudiando el uso de la **TDM como prueba de cribado en sustitución a la MD**. De estas 12 CCAA, en 7 de ellas (59%) la TDM está dirigida a todas las mujeres de la población diana, otra CA (8%) especifica que esta técnica será utilizada en todas las mujeres de edad inferior a 50 años, en 3 CCAA (25%) su uso se limita a las mujeres con resultado de alta densidad mamaria en una mamografía anterior y en la CA restante (8%) no se aporta información al respecto.

Como se observa en el gráfico 11, 7 CCAA no ofertan actualmente la TDM como prueba de cribado del CM ni tienen previsto incorporarla en su cartera de servicios. De ellas, 2 CCAA (29%) informan que utilizan o tienen previsto utilizarse la **TDM como prueba de valoración adicional tras realizar MD**, mientras que las otras 5 (71%) no emplean ni tienen previsto emplear esta técnica ni como prueba de cribado ni como prueba de valoración adicional.

3.3. Cómo se proporciona la cita de la prueba de cribado

En 12 CCAA (63%) se proporciona la cita de la prueba de cribado especificando la fecha y hora de la cita en la invitación al programa. En otras 6 CCAA (32%), se combina esta forma de citación con otras opciones incluidas en la invitación, como el número de teléfono o un enlace a la web de petición de cita o instrucciones para solicitar la fecha y hora de la prueba en el centro de salud (CS). En la CA restante (5%) se incluye solo en la invitación el número de teléfono para gestionar la cita.

En el gráfico 12, se representan las respuestas de las CCAA clasificándose en categorías individuales y contabilizándose de forma independiente. En el gráfico 13, se muestran las combinaciones de respuestas aportadas por cada CA.

Gráfico 12. Métodos de citación de la prueba de cribado incluidos en la invitación al programa (n, %)

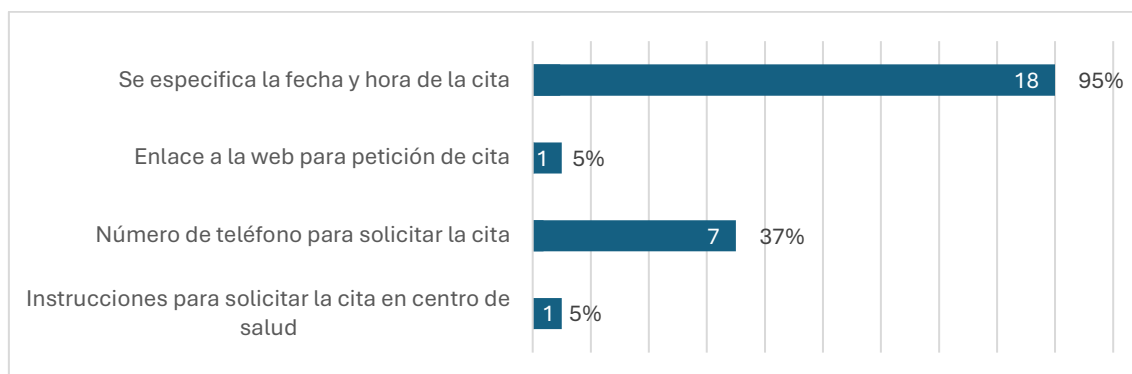
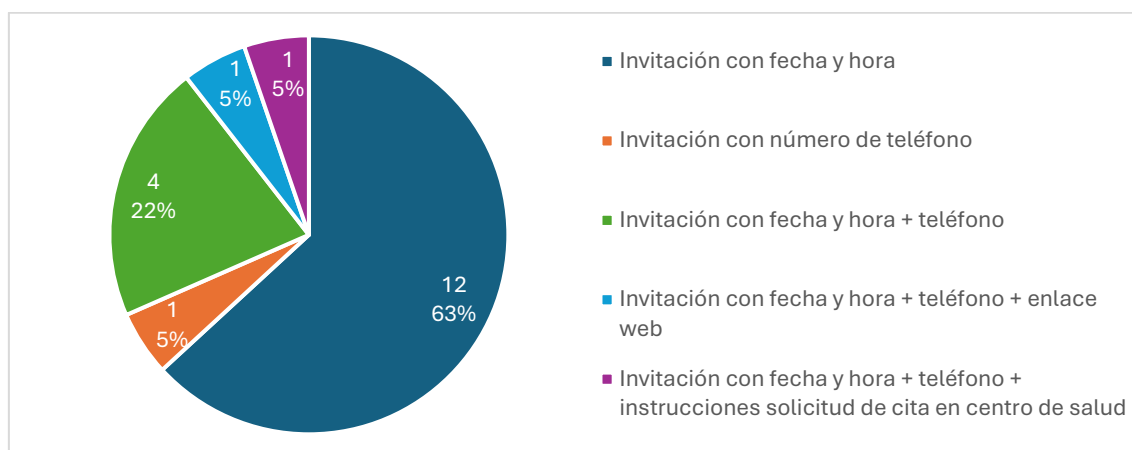


Gráfico 13. Combinaciones de métodos de citación de la prueba de cribado incluidos en la invitación al programa (n, %)

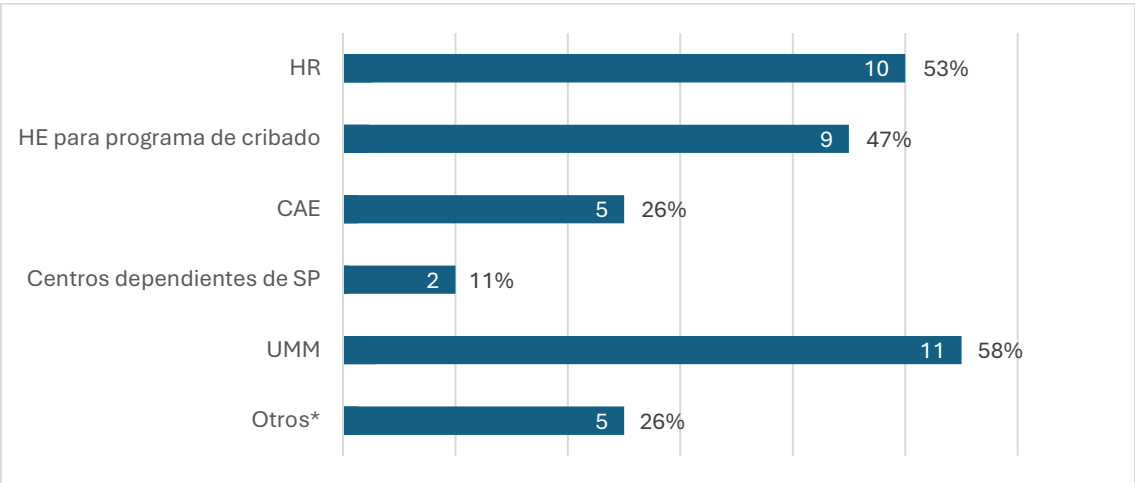


3.4. Lugar de realización de la prueba de cribado

Los lugares de realización de la prueba de cribado son muy variados, destacando principalmente: las unidades móviles de mamografía (UMM) (11 CCAA, 58%), los hospitales de referencia (HR) de las participantes (10 CCAA, 53%), y hospitales específicos (HE) habilitados para el programa de cribado (en 9 CCAA, 47%).

En el gráfico 14, se representan las respuestas de las CCAA clasificándose en categorías individuales y contabilizándose de forma independiente. En el gráfico 15, se muestran las combinaciones de respuestas aportadas por cada CA.

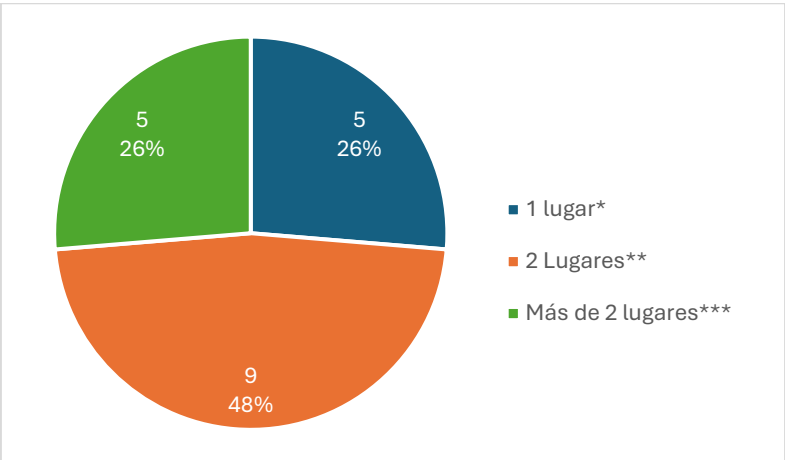
Gráfico 14. Lugares de realización de la prueba de cribado en las CCAA (n, %)



*Otros: UFM (2 CCAA, 11%), CS (1 CA, 5%), unidad de prevención de CM (1 CA, 5%), clínicas privadas (1CA, 5%).

HR: hospital de referencia; HE: hospital específico; CAE: centro de atención especializada; SP: salud pública; UMM: unidad móvil de mamografía; UFM: unidad fija de mamografía; CS: Centro de Salud; CM: cáncer de mama

Gráfico 15. Combinaciones de lugares de realización de la prueba de cribado en las CCAA (n, %)



*centros dependientes de SP / HR / Clínica privada / Unidades de prevención de CM

**centros dependientes de SP + UMM / HR + HE / HR + UMM / HE + UMM / CAE + UMM / UMM + UFM

***HR + HE + CAE + CS + Hospital oncológico / HR + HE + CAE + UMM + UFM / HR + CAE + UMM / HR + HE + UMM / HE + CAE + UMM

SP: salud pública; HR: hospital de referencia; CM: cáncer de mama; UMM: unidad móvil de mamografía; HE: hospital específico; CAE: centro de atención especializada; UFM: unidad fija de mamografía; CS: Centro de Salud

4. Uso de nuevas tecnologías en el programa de cribado

4.1. Herramientas de Inteligencia Artificial (IA)

El uso de herramientas de IA para la lectura de mamografías en el programa de cribado se ha planteado en 14 CCAA (74%): en 7 de ellas se está realizando un proyecto piloto y en otras 4 está previsto iniciarlo; en 1 CA se tiene previsto incorporar esta herramienta a la cartera de servicios autonómica y en otra CA ya está incorporada esta herramienta.

Por otro lado, en 5 CCAA (26%) ni se utilizan herramientas de IA ni está previsto su uso.

4.2. Estudios de personalización del riesgo

8 CCAA (42%) refieren participar en estudios o actividades de personalización del riesgo de CM. 6 de ellas participan en estudios de prevención personalizada. 1 CA dispone de un programa para mujeres con riesgo alto de CM incluido en el Programa Integral de Atención a la Mujer, y otra CA informa que desde 2011, se incorporan al cribado mujeres de 40-49 años por nivel de riesgo (antecedentes de primer grado), y cuentan con una consulta de alto riesgo.

Por el contrario, 8 CCAA (42%) refieren no estar realizando estudios de personalización del riesgo de CM, aunque 1 de ellas tiene previsto participar, y otras 3 CCAA (16%) no aportan ninguna información.

5. Comunicación de resultados de la prueba de cribado

5.1. Comunicación de resultado negativo que NO requiera una reevaluación temprana

Se entiende por resultado negativo aquel que no requiere de una valoración adicional, independientemente de cuál sea el diagnóstico, continuando el programa de cribado rutinario. Un resultado negativo puede requerir o no una reevaluación temprana. En este apartado analizamos el segundo caso, es decir, aquel en el NO se requiere una reevaluación temprana.

La principal vía de comunicación de este resultado es mediante correo postal. Esta vía es utilizada por 10 CCAA (53%) como único método de comunicación. En otras 6 CCAA (31%), junto con el correo postal se utilizan otras vías de comunicación como la App móvil del sistema sanitario autonómico (4 CCAA), el SMS (1 CA) y el correo electrónico (1 CA).

La 3 CCAA restantes (16%), comunican el resultado negativo de forma presencial, si bien una de ellas utiliza distinta vía de comunicación en función del tipo de prestación sanitaria: En el caso de las mujeres con prestación sanitaria pública se informa del resultado mediante una cita con su médico de familia, mientras que a aquellas mujeres con prestación sanitaria privada (pertenecientes a mutualidades administrativas) se les proporciona el informe de resultados en SP.

En el gráfico 16, se representan las respuestas de las CCAA clasificándose en categorías individuales y contabilizándose de forma independiente. En el gráfico 17, se muestran las combinaciones de respuestas aportadas por cada CA.

Gráfico 16. Comunicación de resultado negativo en prueba de cribado que NO requiera reevaluación temprana (n, %)

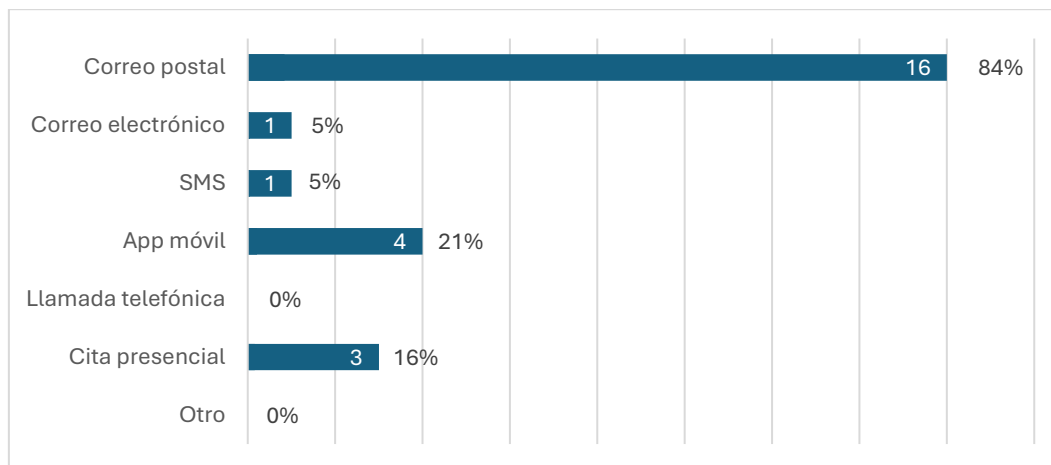
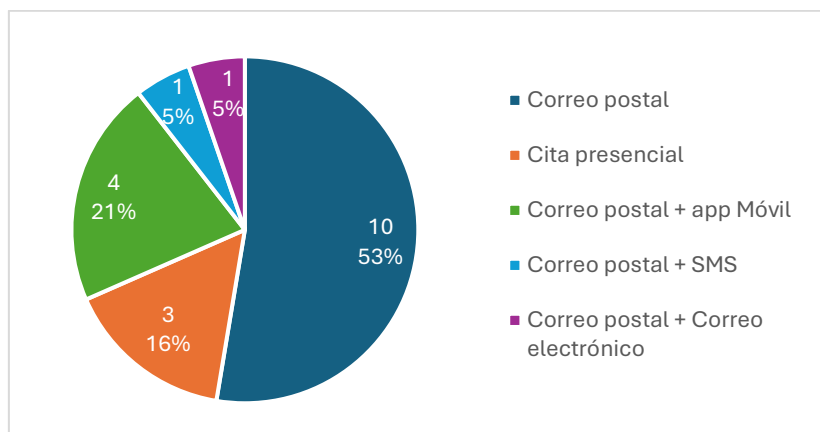


Gráfico 17. Combinaciones de vías de comunicación de resultado negativo en prueba de cribado que NO requiera reevaluación temprana (n, %)



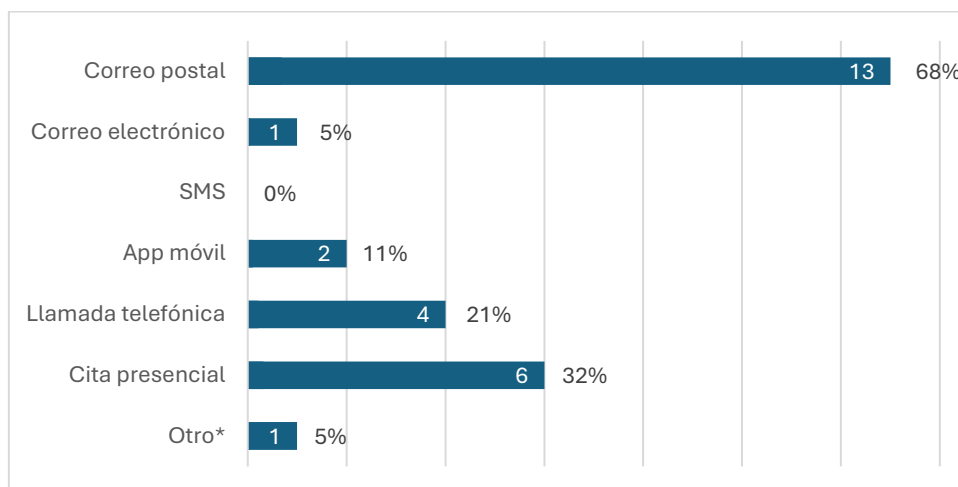
5.2. Comunicación de resultado negativo que SÍ requiera una reevaluación temprana con mamografía (por ejemplo, a los 6 o 12 meses)

Ante un resultado negativo que SÍ requiere una reevaluación temprana con mamografía, la principal **vía de comunicación** es de nuevo la notificación por correo postal, ya sea como vía única de comunicación (8 CCAA, 42%) o en combinación con otros métodos (5 CCAA, 26%).

Por otro lado, en 3 CCAA (16%) se utiliza como única vía para comunicar este resultado la cita presencial, en 2 CCAA (11%) se utilizan la cita presencial y la llamada telefónica, y la CA restante (5%) no aporta información al respecto y aclara que en estos casos el seguimiento no se realiza desde el programa de cribado, sino desde la Unidad de Mama del sistema sanitario.

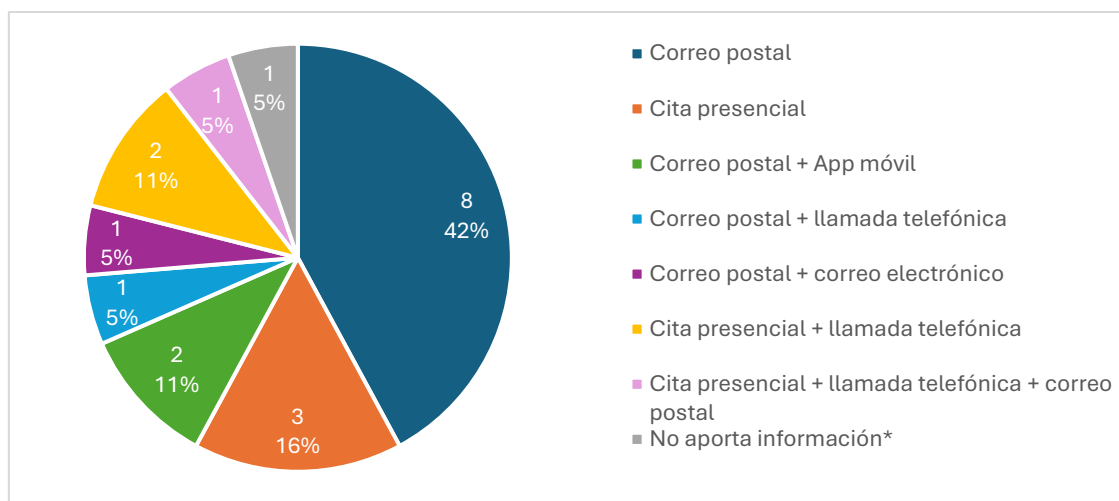
En el gráfico 18, se representan las respuestas de las CCAA clasificándose en categorías individuales y contabilizándose de forma independiente. En el gráfico 19, se muestran las combinaciones de respuestas aportadas por cada CA.

Gráfico 18. Comunicación de resultado negativo en prueba de cribado que SÍ requiera reevaluación temprana (n, %)



**Otro: No aporta información al respecto y aclara que en estos casos el seguimiento no se realiza desde el programa de cribado, sino desde la Unidad de Mama del sistema sanitario.*

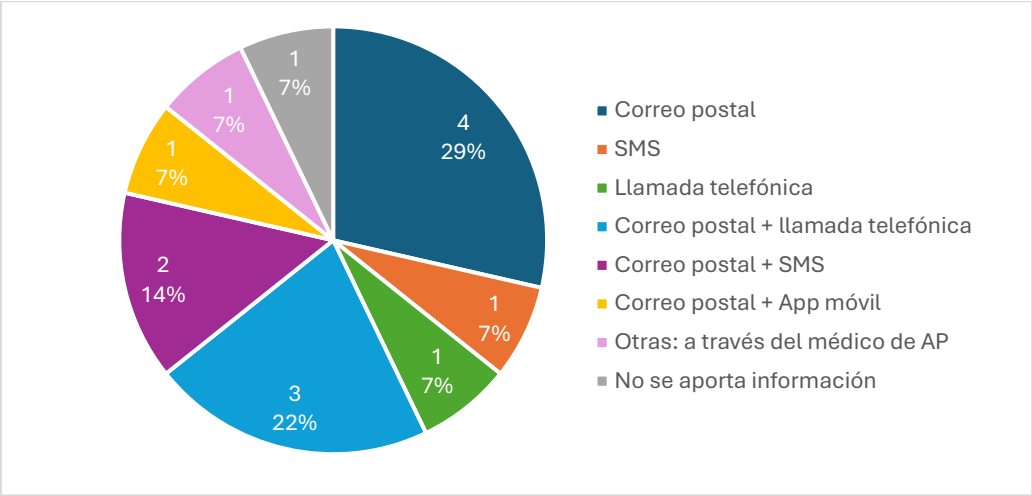
Gráfico 19. Combinaciones de vías de comunicación de resultado negativo en prueba de cribado que SÍ requiera reevaluación temprana (n, %)



**No aporta información al respecto y aclara que en estos casos el seguimiento no se realiza desde el programa de cribado, sino desde la Unidad de Mama del sistema sanitario.*

Ante este resultado, 5 CCAA (26%) proporcionan la **cita de la prueba de reevaluación temprana** con mamografía en el mismo momento de la comunicación de los resultados de la prueba de cribado. De las 14 CCAA restantes (74%), se muestran en el gráfico 20 las combinaciones de respuestas aportadas por cada CA.

Gráfico 20. Combinaciones de métodos utilizados para la citación de la prueba de reevaluación temprana en las CCAA (n, %)



5.3. Comunicación de resultado positivo en la prueba de cribado que requiera valoración adicional con pruebas de imagen

Se considera valoración adicional la técnica de diagnóstico adicional realizada para aclarar la naturaleza de una anomalía percibida detectada en la prueba de cribado. En este apartado nos referimos específicamente a pruebas de imagen (proyecciones localizadas, ecografía, RM, etc.)

La llamada telefónica es la **vía de comunicación** preferente en caso de un resultado positivo que requiera valoración adicional con pruebas de imagen. En 11 CCAA (58%), se utiliza como único método de comunicación de este resultado, en 5 CCAA (27%) se combina con la cita presencial, y en 1 CA (5%) con la notificación por correo postal.

Por otro lado, en 1 CA (5%) se informa el resultado solo mediante cita presencial y en la CA restante (5%) se notifica únicamente por correo postal.

En el gráfico 21, se representan las respuestas de las CCAA clasificándose en categorías individuales y contabilizándose de forma independiente. En el gráfico 22, se muestran las combinaciones de respuestas aportadas por cada CA.

Gráfico 21. Comunicación de resultado positivo en prueba de cribado que requiere valoración adicional con pruebas de imagen (n, %)

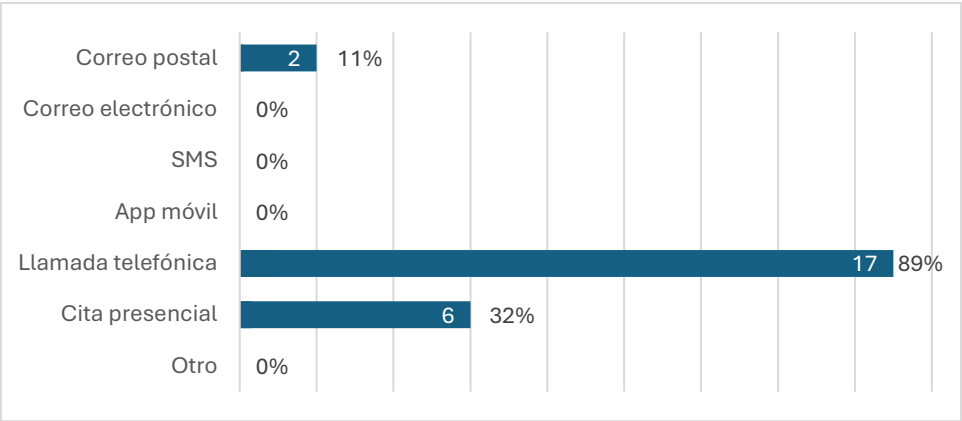
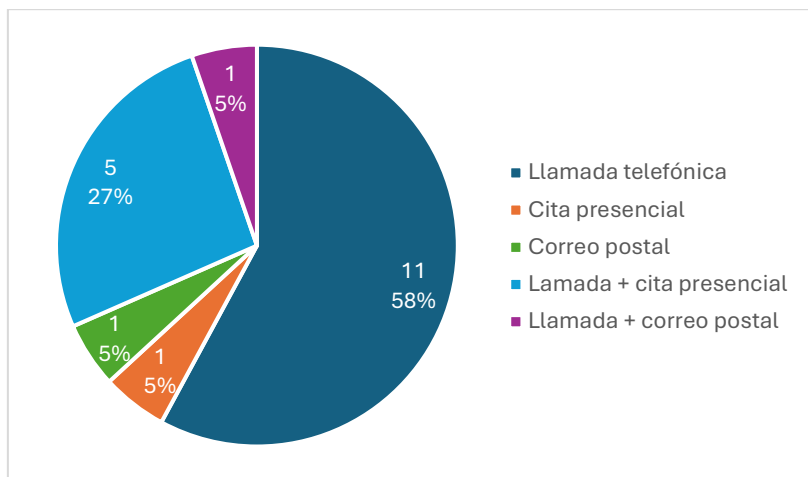


Gráfico 22. Combinaciones de vías de comunicación de resultado positivo en prueba de cribado que requiere valoración adicional con pruebas de imagen (n, %)



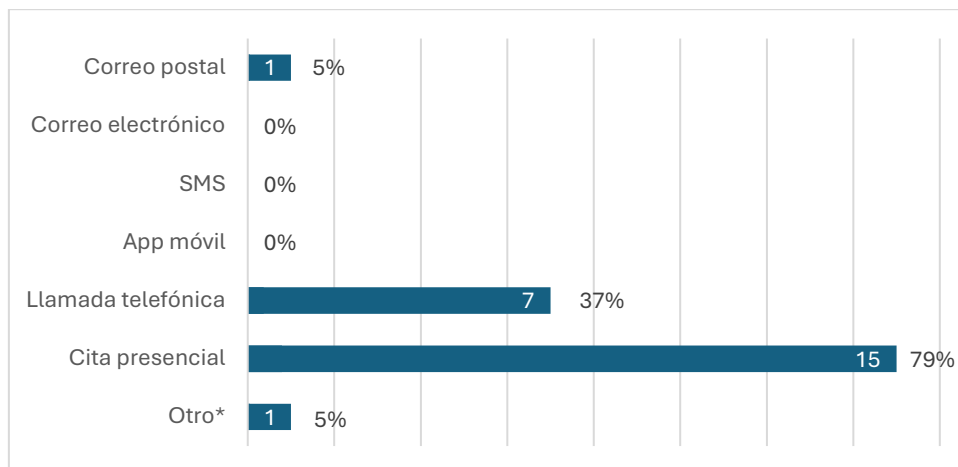
Ante este resultado, 16 CCAA (84%) proporcionan la **cita de la prueba de imagen** en el mismo momento de la comunicación de los resultados de la prueba de cribado. De las 3 CCAA restantes (16%), 2 CCAA proporcionan la cita mediante llamada telefónica, y la otra CA realiza una llamada telefónica o envía un SMS.

5.4. Comunicación de resultado positivo en la prueba de cribado que requiera valoración adicional con prueba de confirmación diagnóstica (estudio histopatológico)

Ante un resultado positivo en la prueba de cribado que requiera valoración adicional con prueba de confirmación diagnóstica, los resultados de la prueba de cribado se notifican mayoritariamente en una cita presencial, ya sea como única **vía de comunicación** (10 CCAA, 53%), o en combinación con la llamada telefónica (5 CCAA, 26%). En 1 CA (5%) se notifican los resultados por correo postal y en la CA restante (5%), se puntualiza la conducta asignada si se trata de una derivación (BIRADS 4 y 5).

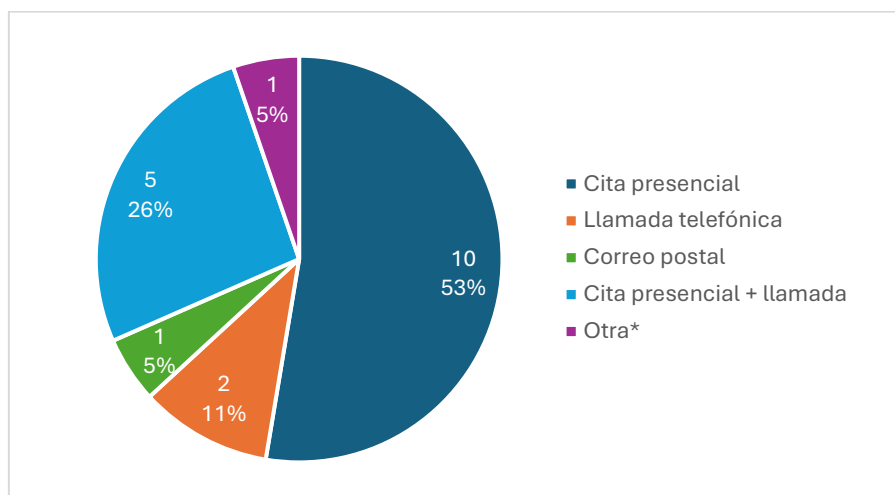
En el gráfico 23, se representan las respuestas de las CCAA clasificándose en categorías individuales y contabilizándose de forma independiente. En el gráfico 24, se muestran las combinaciones de respuestas aportadas por cada CA.

Gráfico 23. Comunicación de resultado positivo en prueba de cribado que requiere valoración adicional con pruebas de confirmación diagnóstica (n, %)



**Otra: "cuando la conducta asignada es una derivación (BIRADS 4 y 5), se envía carta con la notificación de los resultados al médico de AP, en la que se comunica que se ha remitido copia del informe al HR, desde donde se citará directamente a la paciente para ser sometida a pruebas de confirmación diagnóstica".*

Gráfico 24. Combinaciones de vías de comunicación de resultado positivo en prueba de cribado que requiere valoración adicional con pruebas de confirmación diagnóstica (n, %)



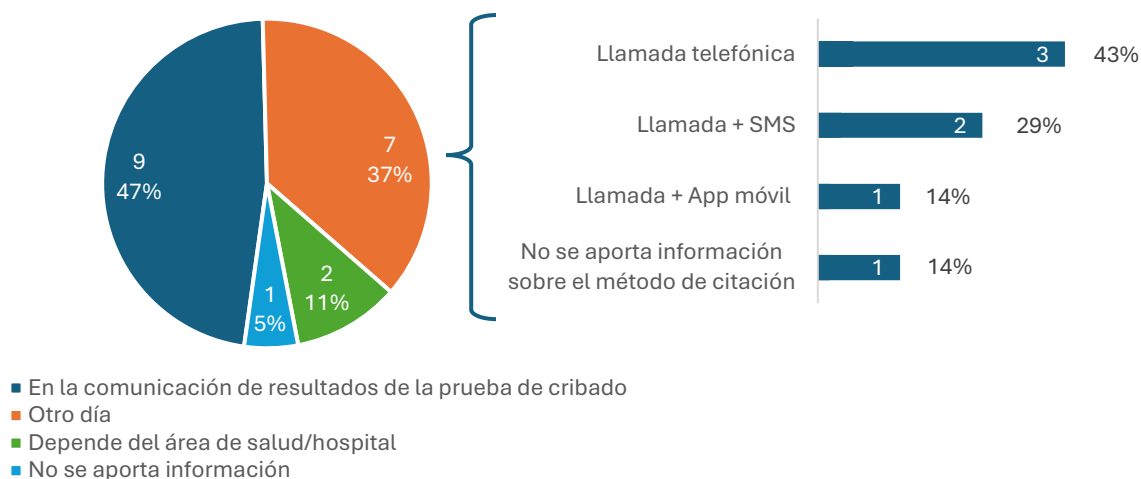
**Otra: "cuando la conducta asignada es una derivación (BIRADS 4 y 5), se envía carta con la notificación de los resultados al médico de AP, en la que se comunica que se ha remitido copia del informe al HR, desde donde se citará directamente a la paciente para ser sometida a pruebas de confirmación diagnóstica".*

La **cita de la prueba de confirmación diagnóstica** se proporciona en el mismo momento de la comunicación de los resultados de la prueba de cribado en 9 CCAA (47%), 1 CA (5%) no aporta información al respecto, y en otras 2 CCAA (11%) se proporciona en el mismo momento u otro día mediante llamada telefónica dependiendo del área de salud o el hospital.

En 7 CCAA (37%) la cita de la prueba de confirmación diagnóstica se proporciona otro día. En 6 CCAA (32%), se proporciona la cita de la prueba de confirmación diagnóstica otro día mediante llamada telefónica, ya sea como vía de comunicación única (3 CCAA), en combinación con el SMS

(2 CCAA) o junto con una notificación a través de la App móvil del servicio autonómico de salud (1 CA). La CA restante (5%) no aporta información sobre los métodos de citación utilizados, indicando que depende de AH.

Gráfico 25. Métodos de citación de la prueba de confirmación diagnóstica en las CCAA (n, %)



5.5. Comunicación telefónica de resultados de la prueba de cribado

En caso de utilizar la llamada telefónica como método de comunicación de resultados de la prueba de cribado (ya sea positivo o negativo), el responsable de contactar con la participante es el personal propio del programa de cribado (por ejemplo, personal de SP, AP, o AH), en 6 CCAA (32%). En 3 CCAA (16%), se encarga el personal asistencial responsable de la paciente (por ejemplo, profesional de medicina o enfermería de referencia) y en 4 CCAA (21%), la responsabilidad se comparte entre el personal propio del programa de cribado y el personal asistencial responsable de la paciente. 5 CCAA (26%) no aportan esta información.

6. Comunicación de resultados de la prueba de reevaluación temprana

En 11 CCAA (58%), el procedimiento de comunicación de los resultados de la prueba de reevaluación temprana es el mismo que en la prueba de cribado. En otras 7 CCAA (37%), no ocurre así. La CA restante (5%) no aporta información al respecto.

7. Comunicación de resultados de la prueba de valoración adicional

Se consideran, en este caso, pruebas de valoración adicional: las pruebas de imagen (con o sin contraste), examen clínico de mama, imágenes adicionales o repetición de alguna proyección para aclarar la naturaleza de alguna anomalía percibida detectada en la prueba de cribado, sin incluir la biopsia de confirmación diagnóstica.

La persona responsable de la comunicación de los resultados de la prueba de valoración adicional tras un resultado positivo en la prueba de cribado es:

- En 10 CCAA (53%), el personal asistencial responsable de la paciente (por ejemplo, profesional de referencia de AH o AP)
- En 5 CCAA (26%), el personal propio del programa de cribado (por ejemplo, personal de SP, AP o AH).
- En 3 CCAA (16%), tanto el personal asistencial como el personal propio del programa. Una de ellas informa que la cita se da por teléfono por el personal del programa de cribado, y los resultados del estudio complementario se los da el médico que realiza el estudio.
- La CA restante (5%), no aporta información al respecto.

8. Prueba de confirmación diagnóstica

8.1. Lugar de realización de prueba de confirmación diagnóstica

La prueba de confirmación diagnóstica tras resultado positivo en la prueba de cribado es realizada tanto en HE habilitados para el programa de cribado como en los HR de las participantes, en 2 CCAA (11%). En 16 CCAA (84%), se realiza en el HR de la participante, siendo en una de ellas el HR para la prueba de confirmación (pudiendo no ser el mismo que el que le corresponde para la prueba de cribado). En 1 CA (5%), la prueba se realiza en HE habilitados para el programa de cribado.

En 12 CCAA (63%), la prueba de confirmación diagnóstica se realiza en todos los HR. En otras 6 CCAA (32%), no participan todos los HR (en una de ellas la actividad diagnóstica del programa de mama está centralizada en un solo hospital en el caso de las mujeres con prestación sanitaria pública, y las mujeres con prestación sanitaria privada pertenecientes a mutualidades administrativas se realizan la prueba de confirmación diagnóstica en su HR). La CA restante (5%), no aporta información al respecto.

8.2. Comunicación de resultados de la prueba de confirmación diagnóstica

8.2.1. *Comunicación de resultado negativo en la prueba de confirmación diagnóstica*

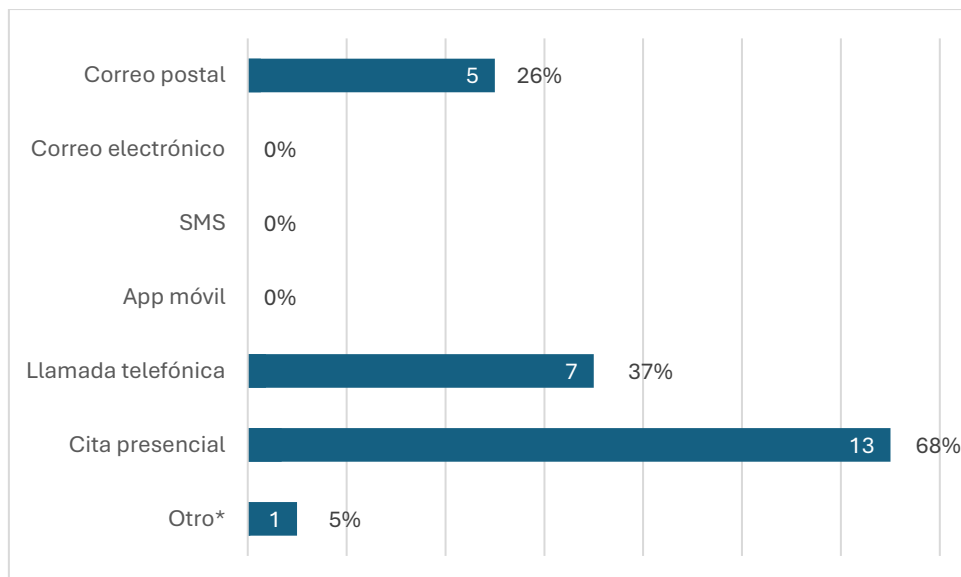
Ante un resultado negativo en la prueba de confirmación diagnóstica, la comunicación del resultado se realiza mayoritariamente durante una cita presencial, utilizándose como única vía de comunicación de este resultado en 9 CCAA (48%), en combinación con la llamada telefónica en 3 CCAA (16%) o en combinación con la notificación por correo postal en otra CA (5%).

Por otro lado, en 1 CA (5%) la comunicación se realiza solo mediante llamada telefónica, en otra CA (5%) se notifica por correo postal y otras 3 CCAA (16%) se utilizan ambas vías de comunicación.

Por último, 1 CA (5%) informa que la comunicación de un resultado negativo en la prueba de confirmación diagnóstica se realiza según el procedimiento habitual de cada hospital.

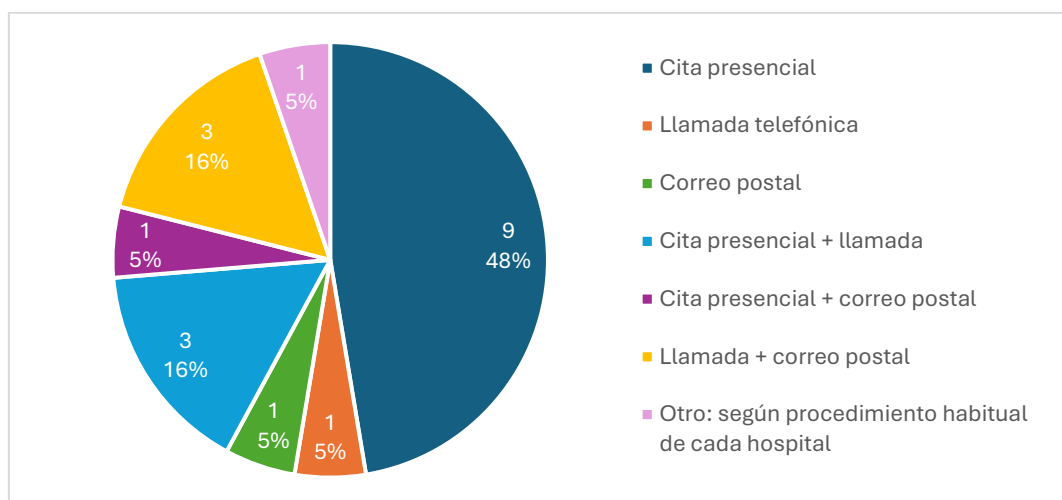
En el gráfico 26, se representan las respuestas de las CCAA clasificándose en categorías individuales y contabilizándose de forma independiente. En el gráfico 27, se muestran las combinaciones de respuestas aportadas por cada CA.

Gráfico 26. Comunicación de resultado negativo en prueba de confirmación diagnóstica (n, %)



**Otro: "La comunicación de un resultado negativo en la prueba de confirmación diagnóstica se realiza según el procedimiento habitual de cada hospital".*

Gráfico 27. Combinaciones de vías de comunicación de resultado negativo en prueba de confirmación diagnóstica (n, %)



En las 7 CCAA en las que se utiliza la llamada telefónica como método de comunicación, la persona encargada de realizar este contacto es: en 3 CCAA (43%), el personal asistencial responsable de la paciente (por ejemplo, profesional de medicina o enfermería de referencia), en 1 CA (14%) lo realiza personal propio del programa de cribado (por ejemplo, personal de SP,

AP o AH) en otra CA (14%) la responsabilidad se comparte entre el personal propio del programa de cribado y el personal asistencial responsable de la paciente, y las 2 CCAA restantes (29%) no proporcionan información al respecto.

8.2.2. Comunicación de resultado positivo en la prueba de confirmación diagnóstica

En el caso de que el resultado de la prueba diagnóstica sea positivo, la forma mayoritaria de comunicación es la cita presencial, utilizándose como única vía de comunicación de este resultado en 15 CCAA (79%), o en combinación con la llamada telefónica en 3 CCAA (16%). La CA restante (5%) informa que la comunicación del resultado se realiza según el procedimiento habitual de cada hospital.

En este caso, la persona responsable de contactar por teléfono es el personal asistencial responsable de la paciente (por ejemplo, profesional de medicina o enfermería de referencia).

9. Tiempos recomendados en el programa de cribado

9.1. Plazo recomendado entre la realización de la prueba de cribado y la comunicación de resultados

En 15 CCAA existe un plazo recomendable, establecido por protocolo, para la comunicación de los resultados de la prueba de cribado desde que se realiza la prueba. Este plazo varía entre las diferentes CCAA y en función del tipo de resultado.

Ante un **resultado negativo** en la mamografía de cribado, en el que no se requiere ninguna valoración adicional con pruebas de imagen o confirmación diagnóstica, el plazo recomendable se encuentra en un rango que abarca desde los 7 días (hábiles) al mes y medio, siendo en la mayoría de las CCAA un plazo aproximado de 2 semanas (8 CCAA, 42%).

En caso de un **resultado positivo**, que requiere valoración adicional con pruebas de imagen o confirmación diagnóstica, existe una amplia variabilidad entre CCAA, habiendo un rango de entre 5 días y un mes y medio, siendo en la mayoría de las CCAA un plazo inferior a 15 días (9 CCAA, 47%). 2 CCAA refieren un plazo diferente en función de si se trata de una alta o baja sospecha de malignidad.

3 CCAA no tienen este plazo establecido y 1 CCAA no aporta información al respecto.

9.2. Plazo recomendado para la realización de la prueba de confirmación diagnóstica desde su derivación.

En 8 CCAA (42%) no está establecido por protocolo ningún plazo recomendado para la realización de la biopsia desde su derivación.

En 7 CCAA (37%), el plazo se encuentra en un rango entre el mismo día de la derivación y 15 días después. En 1 CA (5%) el plazo es de 1 mes. Otra CA (5%) refiere seguir los indicadores de las guías europeas.

Por otro lado, en 1 CA (5%) desconocen la respuesta, y en otra (5%) el plazo se establece según el protocolo de la unidad de mama del HR.

9.3. Plazo recomendado entre la realización de la prueba de confirmación diagnóstica y la comunicación del resultado de la evaluación.

En 11 CCAA (58%) no está establecido por protocolo ningún plazo recomendado para comunicar el resultado de la biopsia desde su realización. En 1 de ellas se especifica que, aunque no hay un plazo establecido, se suele informar en un plazo de 48-72 horas si es positivo o pocos días si es negativo, una vez redactado el informe del patólogo.

En 3 CCAA (16%), el tiempo recomendado es de entre 10 y 20 días.

Por otro lado, en 1 CA (5%) desconocen la respuesta, y en otra (5%) el plazo se establece según el protocolo de la unidad de mama del HR. Las 3 CCAA restantes (16%) no aportan información al respecto.

9.4. Plazo recomendado entre la realización de la prueba de cribado hasta el inicio de tratamiento.

3 CCAA (16%) indican que el plazo recomendado entre la realización de la prueba de cribado y el inicio de tratamiento, en caso de que se requiera tratamiento, es de entre 50 y 60 días, otra CA (5%) refiere seguir los indicadores de las guías europeas.

En 9 CCAA (47%) no está establecido por protocolo ningún plazo recomendado entre la realización de la prueba de cribado hasta el inicio del tratamiento, aunque algunas aportan información adicional:

- Una de ellas refiere que existe un tiempo recomendado entre la petición de la valoración adicional y el inicio del tratamiento, de 8 semanas.
- Otra especifica que se deja a criterio del servicio donde vaya a realizarse el tratamiento: generalmente se limita al tiempo necesario para preparar la intervención quirúrgica. Tanto en este caso como en caso de que el tratamiento se inicie con quimioterapia neoadyuvante, se hace con la mínima demora y sin entrar en lista de espera.
- Otra CA indica que existe un tiempo recomendado entre el diagnóstico de CM e inicio de tratamiento de 21 días.

Por otro lado, en 1 CA (5%) desconocen la respuesta, y en otra (5%) el plazo se establece según el protocolo de la unidad de mama del HR. Las 4 CCAA restantes (21%) no aportan información al respecto.

10. Sistema de Información (SI) del programa de cribado de cáncer de mama

10.1. Disponibilidad de SI

18 CCAA (95%) indicaron que cuentan con un sistema de información para la gestión de las diferentes etapas del programa. La CA restante (5%) no dispone de él.

10.2. Responsable del SI

En 10 de las 18 CCAA que cuentan con SI (56%), la responsabilidad del SI recae en SP, si bien en 1 de ellas esta responsabilidad es compartida con los servicios centrales del SSA.

En otras 4 CCAA (22%), la responsabilidad recae solo en los servicios centrales del SSA, y en 2 CCAA (11%), la responsabilidad es compartida entre estos servicios centrales y AH.

Por otro lado, en 1 CA (6%) se comparte la responsabilidad entre AP y AH, y en la CA restante (6%) la responsabilidad es compartida entre AH y otras entidades dependientes del SSA.

En el gráfico 28, se representan las respuestas de las CCAA clasificándose en categorías individuales y contabilizándose de forma independiente. En el gráfico 29, se muestran las combinaciones de respuestas aportadas por cada CA.

Gráfico 28. Responsables del SI del programa de cribado de cáncer de mama en las CCAA (n, %)

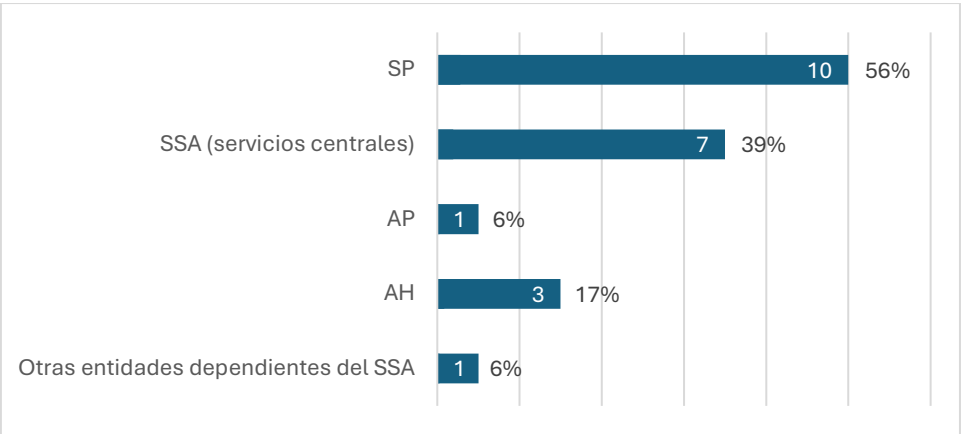
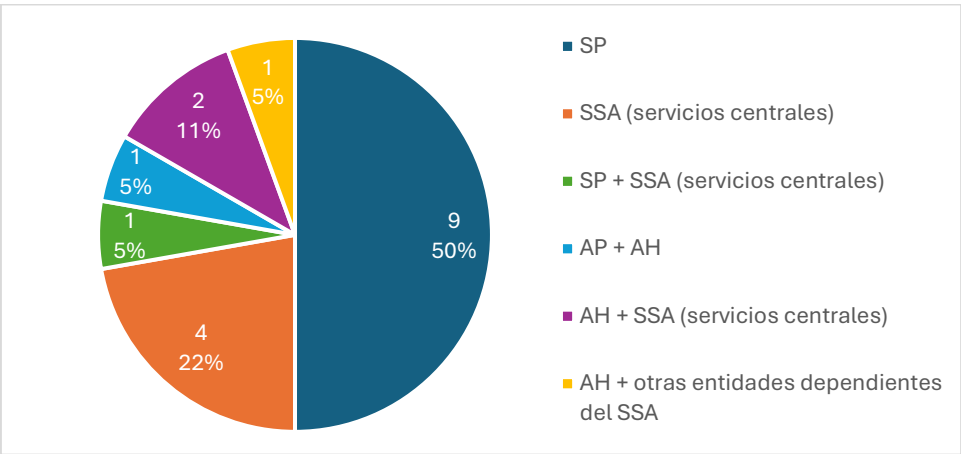


Gráfico 29. Combinaciones de responsables del SI del programa de cribado de cáncer de mama en las CCAA (n, %)



10.3. Acceso a la historia clínica electrónica

La unidad encargada de gestionar el SI del programa de cribado tiene acceso a la historia clínica electrónica en 12 CCAA (67%). No disponen de acceso en las otras 6 CCAA que cuentan con SI para gestión del programa.

10.4. Características del Sistema de Información

De las 18 CCAA que indicaron que disponen de un SI para la gestión del programa de cribado, en 8 CCAA (44%) el SI permite **interoperabilidad** con otros sistemas de información implicados en las actividades del programa (servicios, registros, bases de datos). De las otras 10 CCAA (56%) en las que no existe esta interoperabilidad, 3 CCAA informan que se está actualizando actualmente el SI para disponer de esta interoperabilidad.

Por otro lado, 15 de las 18 CCAA (83%) consideraron que su SI permite una correcta **monitorización y evaluación del programa de cribado**. En otras 2 CCAA (11%), se están realizando mejoras actualmente.

12 de las 18 CCAA (67%) consideran que su SI es adecuado para la **gestión óptima de las diferentes etapas del programa**. 1 CA (6%) no ha contestado, y otras 5 (28%) consideran que debe mejorar.

10.5. Informes de evaluación del programa

15 CCAA (79%) realizan informes de evaluación del PCCM, en 11 de ellas con periodicidad anual, en 2 con periodicidad bienal y en 1 mensualmente. La CA restante no aporta información sobre la periodicidad de los informes. Las otras 4 CCAA (21%) no realizan informe de evaluación.

11. Información y sensibilización sobre el programa de cribado

18 CCAA (95%) disponen de una página web con **información dirigida a la población diana** sobre la importancia del programa de cribado y de todo su proceso. En 17 CCAA de ellas (94%) la información es transmitida asimismo por los profesionales sanitarios (AP, AH, etc.), y 10 CCAA (56%) utilizan folletos informativos ya sea junto con la carta de invitación o en el momento de la prueba de cribado. Una CA (5%) proporciona la información a la población diana únicamente a través de los profesionales sanitarios.

Por otro lado, 13 CCAA (68%) hacen uso de **campañas de sensibilización e información** sobre el PCCM.

16 CCAA (84%) refieren proporcionar **información a las mujeres sobre prevención primaria** (por ejemplo, estilos de vida saludable).

Por último, 11 CCAA (58%) refieren disponer de **medidas que favorezcan la accesibilidad** al programa de personas con discapacidad. 1 CA (5%) indica que las medidas se disponen “a demanda”, otra CA (5%) indica que dichas medidas son las que disponga el hospital donde se realiza el cribado, 3 CCAA (16%) refieren no disponer de medidas de accesibilidad, y otras 3 CCAA (16%) no aportan información al respecto.

En la tabla 3 se muestran las respuestas individuales de cada CA respecto a las medidas disponibles para la mejora de la accesibilidad.

Tabla 3. Medidas de accesibilidad al programa de cribado ofrecidas por las CCAA (n, %)

MEDIDAS DE ACCESIBILIDAD DISPONIBLES - RESPUESTAS INDIVIDUALES POR CA
Disponibilidad de rampa en la unidad móvil para facilitar acceso a personas con dificultad de movilidad. Las personas detectadas con dificultad de movilidad o alguna discapacidad que dificulte la realización de mamografías son contactadas y citadas de forma individual. Se les ofrece la posibilidad de realizarles la prueba en la Unidad de Mama en el Hospital
Se programa traslado con ambulancia y se informa al técnico de rayos
Citas específicas con radiólogo para las mujeres con movilidad reducida o discapacidad psíquica y residentes en centros sociosanitarios. De esta forma, si es necesaria la realización de pruebas complementarias, se hacen seguidamente y se van con el resultado.
Folleto de fácil lectura
Unidades de exploración adaptadas para usuarias en silla de ruedas
Todas las UFM de los centros, así como las UMM deben cumplir normativa de accesibilidad. También los transportes colectivos que trasladan a las usuarias a las unidades de cribado deben estar adaptados
Los contratos de los centros de cribado exigen disponer de instalaciones accesibles para personas con discapacidad
Se especifica en la carta-invitación la disponibilidad de comunicación para estas usuarias. Se adecúan los tiempos de citación
Accesibilidad universal
Depende del tipo de discapacidad

12. Protocolos/Documentación

14 CCAA (74%) disponen de **protocolo específico respecto al programa de cribado**. En las otras 5 CCAA (26%), se encuentra en elaboración. La fecha de elaboración del primer protocolo presenta una gran variabilidad, desde 1990 en la primera CA, hasta 2016 en la última que lo ha realizado. La mayor parte de las CCAA que cuentan con protocolo lo han actualizado en los últimos 5 años o se encuentran en fase de actualización actualmente, salvo 4 CCAA (29%) que realizaron la última actualización entre 2005 y 2019.

Adicionalmente, 13 CCAA (68%) refirieron disponer de **protocolos específicos para aquellas mujeres que requieran un seguimiento diferente** por presentar factores de alto riesgo de desarrollo de CM y que por lo tanto quedarían excluidas del programa de cribado poblacional. En 3 CCAA (16%), estos protocolos están en fase de elaboración.

13. Responsabilidad de la gestión del programa de cribado

En 13 CCAA (68%), la **responsabilidad de la gestión del programa** de cribado recae en SP, si bien en 3 de ellas esta responsabilidad es compartida con otras entidades: en 2 CCAA la responsabilidad recae tanto en SP como en el SSA, y en la otra se comparte la responsabilidad entre SP, AH y otras entidades dependientes del SSA.

En otras 4 CCAA (21%), es el SSA el responsable de la gestión del programa, y en otra CA (5%), la responsabilidad es compartida entre el SSA y AH.

En la CA restante (1%), la gestión del programa de cribado es responsabilidad compartida entre AP y AH.

En el gráfico 30, se representan las respuestas de las CCAA clasificándose en categorías individuales y contabilizándose de forma independiente. En el gráfico 31, se muestran las combinaciones de respuestas aportadas por cada CA.

Gráfico 30. Responsables de la gestión del programa de cribado de cáncer de mama en las CCAA (n, %)

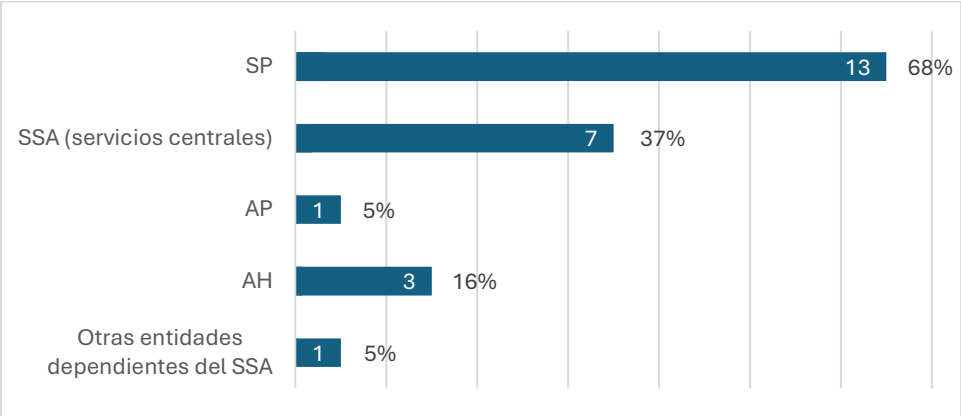
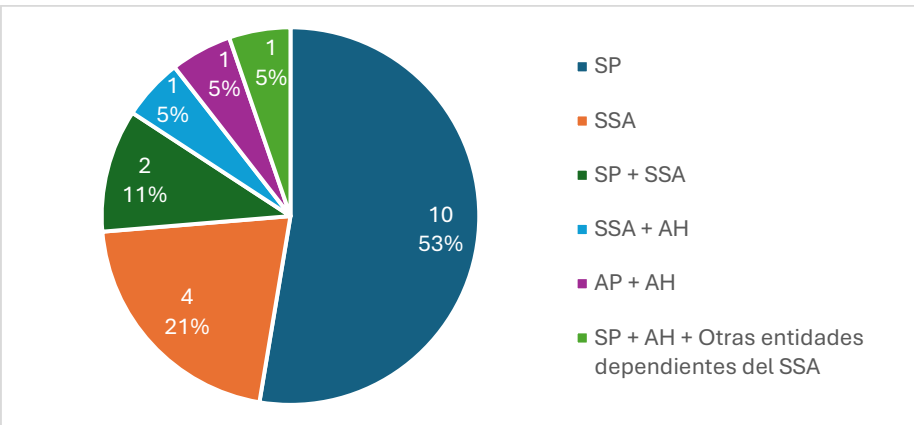


Gráfico 31. Combinaciones de responsables de la gestión del programa de cribado de cáncer de mama en las CCAA (n, %)



En 13 CCAA (68%), cuentan con una **comisión o figura de coordinación de seguimiento clínico del programa**, encargada de tratar cuestiones clínicas/patológicas del PCCM. Este órgano no existe en otras 5 CCAA (26%) y la CA restante (5%) no aporta información al respecto.

14. Disponibilidad de recursos para el desarrollo y gestión efectivos del programa de cribado⁵

A esta sección del formulario respondieron 18 de las 19 CCAA, por lo que los porcentajes presentados se han calculado sobre las 18 CCAA que aportaron una respuesta.

Los resultados son relativos a los recursos vinculados al PCCM (mamógrafos, recursos humanos), por lo que no representan la totalidad de los recursos disponibles en el sistema sanitario de cada CA.

14.1. Infraestructuras disponibles

El total de **centros que realizan mamografías** en las 18 CCAA que respondieron a esta sección del formulario es de 296 con un total de 309 **mamógrafos disponibles** y operativos para el programa de cribado y realizándose una media de 6.901,13 **mamografías por mamógrafo al año** dentro del programa.

Los comentarios adicionales recibidos ponen en evidencia diferencias en los resultados en función de la utilización de mamógrafos fijos o unidades móviles, así como de la capacidad de hacer uso de ellos durante turnos de trabajo dobles o fines de semana.

10 CCAA (55%) consideran que las **infraestructuras disponibles** en su CA cubren totalmente las necesidades para poder realizar la prueba de cribado de manera efectiva. En otras 7 CCAA (39%), estas necesidades están cubiertas parcialmente, y otra CA (6%) considera que estas infraestructuras son insuficientes.

En la Tabla 4 se muestran los estadísticos para el número de centros y número de mamógrafos disponibles en base a la información aportada por 18 CCAA, clasificándose también en función de si las CCAA consideran que dichos recursos cubren o no las necesidades del PCCM.

Tabla 4. Centros y mamógrafos disponibles para el PCCM en las CCAA.

Infraestructuras disponibles		Total	Mín	Máx	Mediana (P50)	P25	P75	/100.000 mujeres población diana autonómica*
Nº centros que realizan mamografías (n=18)		296	1	76	10,50	4,25	17,25	4,29
Necesidades del PCCM cubiertas	Sí, totalmente (n=10)	-	2	76	12	4	24	4,85
	Sí, parcialmente (n=7)	-	1	34	8	4,5	11	3,21
	No (n=1)	-	7	7	7	-	-	4,35
Nº mamógrafos disponibles (n=18)		309	1	76	10,50	4,75	16,50	4,48

Necesidades del PCCM cubiertas	Sí, totalmente (n=10)	-	1	76	13	4,75	19	4,94
	Sí, parcialmente (n=7)	-	1	34	10	5,5	13	3,55
	No (n=1)	-	8	8	8	-	-	4,97

*Cifras de población obtenidas del censo anual de población del INE, del año 2024.

n= nº de CCAA

En cuanto a la media ponderada de **mamografías dentro del PCCM realizadas por mamógrafo al año**, es de 6.901,13, en base a la información aportada por 13 CCAA.

8 CCAA (62%) consideran que estas mamografías cubren totalmente las necesidades para poder realizar la prueba de cribado de manera efectiva. En otras 4 CCAA (31%), estas necesidades están cubiertas parcialmente, y otra CA (7%) considera que son insuficientes.

En la Tabla 5 se muestran los estadísticos para el número medio de mamografías de cribado realizadas por mamógrafo al año, clasificándose también en función de si las CCAA consideran que dichas mamografías cubren o no las necesidades del PCCM.

Tabla 5. Número medio de mamografías realizadas por mamógrafo al año dentro del PCCM en las CCAA.

Infraestructuras disponibles		Media ponderada	Mín	Máx	Mediana (P50)	P25	P75
Nº medio de mamografías dentro del PCCM realizadas por mamógrafo al año (n=13)		6.901,13	1469	23140	7.525	4500	8500
Necesidades del PCCM cubiertas	Sí, totalmente (n=8)	6918,13	1.469	16500	7.550	4547	8439
	Sí, parcialmente (n=4)	7829,11	1.500	8.500	7.492	5988	7750
	No (n=1)	3.359	3.359	3.359	-	-	-

n= nº de CCAA

Las principales **limitaciones en cuanto a la disponibilidad de recursos** mencionadas por las CCAA se muestran en la Tabla 6.

Tabla 6. Limitaciones de recursos para la realización de la prueba de cribado de manera efectiva

Limitaciones de disponibilidad de recursos e infraestructuras	Nº de CCAA
TDM no disponible en todas las unidades de cribados	2
Falta de personal administrativo para la gestión adecuada de las citas	1
Falta de recursos humanos en todas las fases del cribado	2
Se requiere mayor dotación de mamógrafos	1

14.2. Requisitos competenciales de los profesionales sanitarios

En 12 CCAA se establecen determinados requisitos competenciales para los radiólogos dedicados a la realización de mamografías de cribado.

En la Tabla 7 se muestra el número de CCAA en las que estos requisitos están establecidos por protocolo para alguno de los profesionales sanitarios que participan en el programa, y en la Tabla 8 se resumen los requisitos especificados por las CCAA.

Tabla 7. Número de CCAA con requisitos competenciales para los profesionales sanitarios que participan en el PCCM.

Profesionales	Nº CCAA
Técnicos de radiodiagnóstico	7
Radiólogos	12
Patólogos	1
Otros: ginecólogos, oncólogos	1
Otros: Administrativos	1
No existe ningún requisito establecido	3
Se desconoce	1
No contesta	1

Tabla 8. Requisitos competenciales establecidos por las CCAA para los profesionales sanitarios que participan en el PCCM

Requisitos competenciales para los profesionales sanitarios que participan en el PCCM
Experiencia documentada en la realización de mamografías (en el caso de los técnicos de radiodiagnóstico), con un número mínimo de mamografías previas
Lectura de mamografías de cribado (en el caso de los radiólogos), con un número mínimo de lecturas previas
Número medio de lecturas al año
Necesidad de un entrenamiento tutorizado
Realización de tareas de evaluación y autoaprendizaje
Diferentes requisitos competenciales en función de si se trata de un radiólogo de lectura para UFM o UMM, o si se trata de personal interno o la lectura está externalizada

14.3. Número de técnicos de radiodiagnóstico, de radiólogos y de patólogos dedicados al programa de cribado de mama

El total de **técnicos de radiodiagnóstico disponibles para realizar mamografías** dentro del PCCM en las 14 CCAA que respondieron a esta pregunta es de 512, lo que equivale a 12,86 técnicos de radiodiagnóstico por cada 100.000 mujeres de la población diana autonómica.

Por otro lado, el total de **radiólogos encargados de realizar las lecturas de mamografías** de cribado en las 17 CCAA que respondieron a esta pregunta es de 529, lo que equivale a 9,14 radiólogos por cada 100.000 mujeres de la población diana autonómica.

2 CCAA informan que disponen de 3 **patólogos para el análisis de muestras de cribado** de CM, y el resto de CCAA no aportan información al respecto.

3 CCAA (17%) consideran que el **personal sanitario disponible** en su CA cubre totalmente las necesidades para poder realizar la prueba de cribado de manera efectiva. En 10 CCAA (55%), estas necesidades están cubiertas parcialmente, y otras 5 CCAA (28%) consideran que el personal sanitario disponible es insuficiente.

En la Tabla 9 se muestran los estadísticos para el número de técnicos de radiodiagnóstico y número de radiólogos disponibles para el PCCM en base a la información aportada, clasificándose también en función de si las CCAA consideran que dichos recursos cubren o no las necesidades del PCCM.

Tabla 9. Técnicos de radiodiagnóstico y radiólogos disponibles para el PCCM en las CCAA.

Recursos humanos disponibles		Total	Mín	Máx	Mediana (P50)	P25	P75	/100.000 mujeres población diana autonómica*
Nº técnicos de radiodiagnóstico para PCCM (n=14)		512	2	280	13,50	6,75	31,00	12,86
Necesidades del PCCM cubiertas	Sí, totalmente (n=3)	63	15	25	23	19	24	6,94
	Sí, parcialmente (n=6)	356	3	280	11	5,25	39	14,49
	No (n=5)	93	2	42	10	6	33	15,12
Nº radiólogos para PCCM (n=17)		529	2	207	16,00	5,00	20,00	9,14
Necesidades del PCCM cubiertas	Sí, totalmente (n=3)	32	5	20	7	6	14	3,52
	Sí, parcialmente (n=9)	451	3	207	20	6	36	10,58
	No (n=5)	46	2	18	6	3	17	7,48

*Cifras de población obtenidas del censo anual de población del INE, del año 2024.

n= nº de CCAA

Las CCAA que consideran que las necesidades para prestar los servicios de cribado de manera efectiva no están cubiertas con el personal sanitario disponible o solo están cubiertas parcialmente, especificaron las limitaciones clasificadas en la Tabla 10.

Tabla 10. Limitaciones de disponibilidad de personal sanitario para la realización de la prueba de cribado de manera efectiva

Limitaciones de disponibilidad de personal sanitario	Nº de CCAA
Carencia de profesionales disponibles, principalmente radiólogos y patólogos	11
El personal sanitario no se dedica exclusivamente al cribado, también realiza tareas asistenciales	2
Demora para realización de pruebas complementarias	2

14.4. Horario de realización de mamografías de cribado

De las 18 CCAA que han contestado a esta sección, 15 CCAA (83%) realizan las mamografías de cribado tanto en horario de mañana como de tarde, y en 5 de ellas, también durante el fin de semana.

Por otro lado, 1 CA (6%) realiza las mamografías de cribado solo en horario de mañana, y 2 CCAA (11%) solo en horario de tarde.

14.5. Plan de formación en materia de protocolos de cribado

7 CCAA (39%) disponen de un plan de formación en materia de protocolos de cribado para sus profesionales, en las 11 CCAA restantes que han respondido a esta sección (61%) no existe un plan de formación.

14.6. Personal disponible para la gestión del programa de cribado

En relación con el personal responsable de la gestión del programa de cribado, 3 CCAA (17%) consideran que es suficiente para cubrir totalmente las necesidades de gestión del programa de cribado de manera efectiva. Otras 10 CCAA (55%) consideran que el personal disponible en su CA, aunque cubre las necesidades de gestión del programa de cribado de forma parcial, se puede mejorar. Y otras 5 CCAA (28%) consideran que es insuficiente. En la Tabla 11 se clasifican las limitaciones especificadas por las diferentes CCAA.

Tabla 11. Limitaciones de disponibilidad de personal responsable de la gestión del PCCM

Limitaciones de disponibilidad de personal responsable de la gestión del PCCM	Nº de CCAA
Necesidad de refuerzo del personal (administrativo, técnico, informático, epidemiológico)	16
Falta de tiempo y personal para realizar tareas de monitorización y evaluación del programa, investigación y formación con mayor periodicidad	5
Necesidad de una figura de coordinación del programa en cada una de las áreas sanitarias	1
Necesidad de mayores recursos por rotación del personal	1

15. Otros aspectos relacionados con la calidad del programa

15.1. Auditorías del programa de cribado de cáncer de mama

A la pregunta sobre si se audita el PCCM de acuerdo con un sistema de garantía de calidad, 3 CCAA (16%) respondieron que sí auditan todo el programa, tras 3 CCAA (16%) auditan una parte del programa y 12 CCAA (63%) indicaron que no realizan auditorías. 1 CA (5%) no aportó información al respecto.

De las 3 CCAA que auditan una parte del programa, 1 CA informó que evalúan la calidad de la mamografía y del software, y otra CA utiliza indicadores de proceso y resultados para llevar a cabo una evaluación anual. De manera periódica revisan el número de lecturas mamográficas

por radiólogo, las unidades radiológicas realizan controles de los equipos y evaluaciones formales de la calidad de las imágenes o de los resultados por radiólogo.

3 CCAA (16%) indican que basan su sistema de garantía de calidad utilizado en las *European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis*⁶.

1 CA (5%) cuenta con una Comisión de Cribados Autonómica como órgano responsable de la evaluación de los Programas de Cribados.

15.2. Satisfacción de las mujeres con el programa de cribado de cáncer de mama

En 6 CCAA (32%) se ha evaluado en algún momento la satisfacción de las mujeres sobre el programa de cribado mediante la realización de una encuesta, mientras que 13 CCAA (68%) no lo han hecho.

15.3. Barreras al programa de cribado de cáncer de mama

3 CCAA (16%) refieren haber realizado algún informe o estudio sobre las posibles barreras al PCCM en su CA. 15 CCAA (79%) no han realizado ningún estudio al respecto, y 1 CA (5%) no aporta información.

16. Revisión del programa de cribado

Se consultó a las CCAA si alguno de los aspectos del PCCM estaba siendo objeto de revisión, así como comentarios u observaciones al respecto. 13 CCAA aportaron comentarios. Sus respuestas se muestran en la Tabla 12.

Tabla 12. Aspectos en revisión del programa de cribado de cáncer de mama por las CCAA

CCAA	Aspectos en revisión del programa de cribado
1	Actualización y mejora del software informático previsto para 2026. Protocolo de uso de TMN en mama densa
2	En revisión: la forma de invitación (de carta a sms), la franja de edad de cribado (en próxima vuelta ampliaremos hasta los 48 años por debajo y hasta los 71 por arriba), la introducción de nuevas tecnologías (sobre todo para mejorar la lectura de mamografías), o la posibilidad de derivar actividad a entidades externas al sistema sanitario público
3	Ampliación de la edad de la población diana
4	La revisión actual se centra en la ampliación de la edad de cribado (70 a 74 años) y en la adaptación de los textos de las cartas de invitación y comunicación utilizadas en el Programa
5	Protocolo de derivación al hospital para la realización de pruebas invasivas. Informe de los 35 años de existencia del programa de cribado en la CA. Indicadores de proceso y resultado.
6	Actualización de toda la documentación del programa. Desarrollo de un nuevo SI para gestión y evaluación del programa, integrado con todos los SI del SSA

7	Estamos trabajando con el área asistencial para recopilar los datos de seguimiento de pacientes con BI-RADs patológicos. Además, hemos aumentado el número de mamografías diarias y estamos contactando con las mujeres de 45 a 74 años mediante SMS: se les facilita el número de teléfono para concertar la cita de cribado y se envían dos recordatorios, uno al asignar la cita a través de la plataforma y otro una hora antes de la misma.
8	Se ha aprobado un Plan de Mejora y se han definido Grupos de Trabajo para la mejora del cribado, el aplicativo y el Procedimiento Normalizado de Trabajo de las Unidades de Mama
9	Ampliación de las edades. Introducción de la IA y política de doble lectura, TDM
10	Estamos revisando el programa en todas sus etapas
11	Ampliación del rango de edad según las recomendaciones y sugerencias de la ECIBC
12	Estamos mejorando las citas, integrar la base de datos con tarjeta sanitaria.
13	Revisión completa del programa

Discusión y conclusiones

Los resultados expuestos en este informe reflejan la situación del PCCM en las CCAA en el momento de cumplimentación del formulario, entre noviembre y diciembre de 2025. La participación de la totalidad de las CCAA permite ofrecer una visión global y representativa del estado del programa en el SNS durante este periodo.

La incorporación del PCCM a las carteras de servicios de las distintas CCAA se llevó a cabo con anterioridad a que esta prestación se incorporase en la cartera de servicios comunes del SNS. La última CA en ponerlo en marcha lo hizo en 2001.

La **población diana** incluye a mujeres de 50 a 69 años en la totalidad de las CCAA, si bien 6 CCAA ya han ampliado el rango (reduciendo el límite inferior a 45 años, aumentando el límite superior a los 74 años o ampliando ambos límites). Otras 6 CCAA están en fase de ampliación de edad.

En todas las CCAA, la **captación** se realiza principalmente por invitación, siendo los métodos más utilizados la carta o el SMS, que en algunos casos se combinan. La práctica totalidad de las CCAA proporcionan la **cita de la prueba de cribado** especificando la fecha y hora de la prueba en la invitación al programa. En un pequeño porcentaje, la prueba de cribado también se ofrece a petición de la persona participante o aprovechando su contacto con el sistema sanitario.

La práctica totalidad de las CCAA realizan **seguimiento de aquellas mujeres que no responden a la invitación inicial**, enviándoles un recordatorio por carta o contactándolas por teléfono.

La invitación al programa se lleva a cabo principalmente desde SP o desde los servicios centrales del SSA, utilizando la TSI como principal **fuentes de información para la identificación de la población diana**. La mayoría de las CCAA no dispone, en la actualidad, de métodos de identificación de **población trans** que puede ser susceptible de ser invitada al PCCM.

En las **mujeres afiliadas a mutualidades administrativas que reciben la prestación sanitaria a través de entidades privadas**, el sistema sanitario público (incluida SP) interviene mayoritariamente en la invitación, la realización de la prueba de cribado y la comunicación de los resultados de la prueba. Solo en 4 CCAA el sistema sanitario público no interviene en ninguna etapa del programa.

Las CCAA cuentan, en su mayoría, con un SI que consideran adecuado para identificar tanto a la población diana como alguno de los criterios de exclusión del PCCM, contando con métodos de validación del proceso de identificación de la población elegible.

La MD de doble proyección realizada con periodicidad bianual es la **prueba de cribado** habitual, ya sea como única prueba de cribado o en combinación con la TDM o la ecografía mamaria. La mayoría de las CCAA que no utilizan actualmente la TDM como prueba de cribado no tienen previsto incorporarla en su cartera de servicios, ni como prueba de cribado ni como prueba de valoración adicional.

Los **lugares de realización de la prueba de cribado** son diversos, combinándose distintos lugares en una misma CA, lo que permite optimizar la cobertura y eficiencia del programa de cribado. Las UMM constituyen el recurso más utilizado, presentes en más de la mitad de las CCAA, lo que

sugiere su importancia para mejorar la accesibilidad, especialmente en zonas rurales, con dispersión geográfica o menor cobertura sanitaria.

En cuanto al **uso de nuevas tecnologías** en el PCCM, aproximadamente tres cuartas partes de las CCAA han planteado el uso de IA en el programa, lo que sugiere un alto grado de interés y avance en la incorporación de estas herramientas. No obstante, la implantación de la IA se encuentra mayoritariamente en fases iniciales. En relación con la personalización del riesgo de CM, menos de la mitad de las CCAA participa activamente en estudios o programas específicos, lo que indica un desarrollo todavía limitado de este enfoque.

La **comunicación de los resultados de la prueba de cribado** varía en función del resultado obtenido, utilizándose en algunos casos la combinación de varios métodos. Los resultados negativos (ya requieran o no una reevaluación temprana) se notifican fundamentalmente por correo postal. Ante un resultado positivo que requiere una valoración adicional con pruebas de imagen, se emplea principalmente la llamada telefónica. Cuando el resultado positivo requiere una valoración adicional con prueba de confirmación diagnóstica, los resultados de la prueba de cribado se comunican mayoritariamente en una cita presencial. En el caso de requerir una valoración adicional, ya sea con prueba de imagen o con prueba de confirmación diagnóstica, la cita para dicha valoración se proporciona en la mayoría de las CCAA en el momento en el que se comunican los resultados de la prueba de cribado. Sin embargo, en el caso de un resultado negativo con reevaluación temprana, la cita para la reevaluación se proporciona posteriormente.

En aquellas CCAA en las que se utiliza la llamada telefónica para comunicar los resultados de la prueba de cribado, el responsable de contactar con la participante es, mayoritariamente, el personal propio del programa de cribado, si bien un porcentaje relevante de CCAA no aporta información al respecto, lo que limita la evaluación completa sobre este aspecto.

Respecto a la **comunicación de los resultados de la prueba de reevaluación temprana**, más de la mitad de las CCAA utilizan el mismo procedimiento de comunicación que en la prueba de cribado.

En cuanto a la **comunicación de los resultados de las pruebas de valoración adicional** (sin considerar la prueba de confirmación diagnóstica), la persona responsable de comunicar los resultados es el personal asistencial responsable de la paciente (por ejemplo, profesional de referencia de AH o AP) en más de la mitad de las CCAA.

La **prueba de confirmación diagnóstica** es realizada, principalmente, en todos los HR de las CCAA. La **comunicación del resultado** de esta prueba, tanto si es positivo como negativo, se realiza principalmente de forma presencial.

La mayoría de las CCAA dispone de **plazos recomendados para la comunicación de los resultados de la prueba de cribado**, aunque existe alta heterogeneidad entre territorios y según el tipo de resultado (negativo o positivo). Para los resultados negativos, el plazo más habitual para la comunicación se sitúa en torno a las dos semanas, si bien el rango global es amplio (desde 7 días hábiles hasta mes y medio), lo que evidencia diferencias organizativas relevantes. En el caso de resultados positivos, los plazos tienden a acortarse, y en casi la mitad de las CCAA son inferiores a 15 días, lo que refleja una mayor prioridad asistencial ante la sospecha de malignidad.

En relación con el **plazo recomendado para la realización de la prueba de confirmación diagnóstica desde su derivación**, en más del 40% de las CCAA no hay un plazo establecido por protocolo. En las que sí lo establecen, el plazo es inferior a 15 días.

Por otro lado, más de la mitad de las CCAA no cuentan con un plazo protocolizado entre la **realización de la prueba de confirmación diagnóstica y la comunicación de sus resultados**. Solo en 3 CCAA, se especifica un plazo de entre 10 y 20 días.

De igual forma, en prácticamente la mitad de las CCAA no está establecido por protocolo ningún plazo recomendado **entre la realización de la prueba de cribado hasta el inicio del tratamiento**.

Casi todas las CCAA afirman que disponen de un **sistema de información** adecuado para gestionar, monitorizar y evaluar las diferentes etapas del programa de cribado, interoperable con otros sistemas y capaz de identificar los criterios de exclusión con anterioridad al envío de la invitación. La responsabilidad del SI, al igual que la de la gestión del programa, recae principalmente en SP, aunque en algunos casos es compartida entre varias entidades.

En más de tres cuartas partes de las CCAA, se realizan **informes de evaluación** del PCCM, generalmente con periodicidad anual.

La **información sobre el programa de cribado** es proporcionada a través de diversas vías de comunicación, combinándose soportes digitales (página web del PCCM) y materiales impresos (folletos informativos) con información transmitida de forma oral por el profesional sanitario. Además, casi el 70% de las CCAA realizan campañas de sensibilización y más del 80% incorpora acciones de educación para la salud que van más allá de la detección precoz.

Más de la mitad de las CCAA declaran disponer de medidas para favorecer la **accesibilidad** al programa de cribado para personas con discapacidad, aunque estas medidas presentan un grado elevado de variabilidad y, en algunos casos, falta de sistematización.

Tres cuartas partes de las CCAA cuentan con un **protocolo** específico del programa poblacional de cribado actualizado recientemente o en fase de actualización. Además, la mayoría cuenta también con protocolos específicos para aquellas mujeres que queden excluidas del programa poblacional por diferentes criterios.

En cuanto a la **disponibilidad de recursos** para el desarrollo y gestión efectivos del programa de cribado, existen diversas limitaciones percibidas, en su mayoría relacionadas con la disponibilidad insuficiente de personal sanitario involucrado en el PCCM. La carencia de profesionales sanitarios en el ámbito asistencial, especialmente radiólogos, ocasiona retrasos en la realización de pruebas complementarias adicionales, biopsias y tratamientos, dificultando el cumplimiento de los plazos establecidos para un cribado de calidad, lo que podría conllevar a un retraso en el diagnóstico. Los resultados obtenidos sobre el número de recursos muestran una gran variabilidad entre CCAA, en parte atribuible a las diferencias en tamaño, densidad y distribución de la población, así como a la propia organización de sus sistemas sanitarios.

En más del 60% de las CCAA, los radiólogos deben cumplir con determinados **requisitos competenciales** para su participación en el PCCM, y en menor medida, otros profesionales sanitarios como los técnicos de radiodiagnóstico. Por otro lado, en más de la mitad de las CCAA no existe un **plan de formación** en materia de protocolos de cribado.

En relación con el **personal responsable de la gestión** del PCCM, la mayoría de las CCAA consideran que el personal disponible actualmente es insuficiente para cubrir todas las actividades de gestión, seguimiento y evaluación del programa, incidiendo en la necesidad de reforzar el personal administrativo, técnico, informático y epidemiológico.

Por último, en relación con otros aspectos relacionados con la calidad del programa, la mayoría de las CCAA (63%) declara no realizar **auditorías del PCCM**. En las CCAA que realizan auditorías parciales, se observa una tendencia a priorizar el control de calidad técnica (equipos, imágenes, número de lecturas por radiólogo) frente a una evaluación integral del programa.

Alrededor del 70% de las CCAA no han realizado **estudios de satisfacción** de las mujeres con el PCCM, ni refieren haber realizado ningún informe o estudio sobre las **posibles barreras** al programa.

Consideraciones finales

En conjunto, la información obtenida permite identificar los principales elementos comunes, las particularidades y las buenas prácticas en la implementación del PCCM en las distintas CCAA. Si bien este programa muestra un elevado grado de implantación y consolidación en todo el territorio, los resultados permiten detectar áreas de mejora para garantizar su efectividad y equidad, como reforzar los mecanismos de evaluación y alinearlos con estándares europeos, homogeneizar las vías de comunicación de resultados dentro de una misma CA o estandarizar y protocolizar los periodos de tiempo recomendados para las diferentes fases del programa. Asimismo, se evidencia la necesidad percibida de mejorar la disponibilidad de recursos materiales y humanos que permitan un desarrollo efectivo y eficiente del PCCM y que faciliten el avance hacia la incorporación de modelos de cribado más innovadores.

BIBLIOGRAFÍA

1. Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. (BOE 269, 6 de noviembre de 2014). <https://www.boe.es/boe/dias/2014/11/06/pdfs/BOE-A-2014-11444.pdf> (último acceso 09 de octubre de 2025)
2. Recomendación del Consejo de 9 de diciembre de 2022 relativa a la mejora de la prevención mediante la detección precoz: un nuevo enfoque de la UE para el cribado del cáncer en sustitución de la Recomendación 2003/878/CE (DO C 473 de 13.12.2022, pp. 1-10). [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32022H1213\(01\)](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32022H1213(01)) (último acceso 09 de octubre de 2025)
3. European Commission, Joint Research Centre, *European Commission Initiative on Breast Cancer - European Quality Assurance Scheme for Breast Cancer Services*, Publications Office of the European Union, Luxembourg, 2025, <https://data.europa.eu/doi/10.2760/7067385>, JRC140425 (último acceso 09 de octubre de 2025)
4. Censo anual de población 2021-2025. Resultados nacionales, por comunidades autónomas y provincias Población por sexo, edad (año a año) y nacionalidad (española/extranjera). Instituto Nacional de Estadística. <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=68519&L=0> (último acceso 29 de diciembre de 2025)
5. Grupo de trabajo de Sistema de Información del programa de cribado de cáncer de la Ponencia de Cribado Poblacional de la Comisión de Salud Pública. Documento de consenso del Sistema de Información del programa poblacional de cribado de cáncer del SNS. Ministerio de Sanidad, 2025. https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/cribado/cribadoCancer/docs/documento_ConsensoSICC_2025.pdf (último acceso 13 de enero de 2026)
6. Comisión Europea, Dirección General de Salud y Consumidores, *European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis: fourth edition, supplements*, Broeders, M.(editor), Holland, R.(editor), Karsa, L. v.(editor), Perry, N.(editor), Törnberg, S.(editor) y Wolf, C. d.(editor), Publications Office, 2013, <https://data.europa.eu/doi/10.2772/13196> (último acceso 29 de diciembre de 2025)

ANEXO 1. Formulario enviado a las CCAA

SITUACIÓN DE LOS PROCESOS DEL PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA EN LAS COMUNIDADES Y CIUDADES AUTÓNOMAS

Este formulario consta de preguntas en su mayoría de respuesta múltiple, en las que se pueden seleccionar varias respuestas si es preciso, y otras de respuesta de texto libre. En algunas preguntas se incluye la opción "otras" que se podrá utilizar para indicar una respuesta que no esté incluida en las opciones predefinidas. Además, al finalizar algunas secciones se dispone de un apartado "comentarios/observaciones" para poder reflejar todo lo que se estime oportuno sobre esa sección.

Las preguntas marcadas en color azul son encadenadas, es decir, dependen de la respuesta de una pregunta previa.

La mayoría de las preguntas son de respuesta obligatoria, salvo aquellas en las que se indica "(OPCIONAL)".

PROGRAMA DE CRIBADO

1. **Nombre de su Comunidad/Ciudad Autónoma (CA):**
2. **Indicar la fecha de inicio del programa de cribado poblacional en su CA:**

POBLACIÓN DIANA EN SU CA

3. **¿Cuál es la población diana?**
 - a. Mujeres con edades comprendidas entre los 50 y 69 años
 - b. Mujeres con edades comprendidas entre los 45 y 69 años
 - c. Mujeres con edades comprendidas entre los 50 y 74 años
 - d. Mujeres con edades comprendidas entre los 45 y 74 años
 - e. Mujeres en otro rango de edad (especificar rango de edad):
4. **Indique con una X el año de implementación del cribado en otros grupos de edad diferentes a 50-69 años (OPCIONAL) *Seleccione todas las que correspondan***

	2020	2021	2022	2023	2024	2025
45 años						
46 años						
47 años						
48 años						
49 años						
70 años						
71 años						
72 años						
73 años						
74 años						

5. **¿Cómo se realiza la captación al programa de cribado poblacional?**
Seleccione todas las que correspondan
 - a. Por invitación a la población diana

- b. A petición de la persona participante
 - c. Aprovechando el contacto con el sistema sanitario por otros motivos
- 6. En el caso de invitación a la población diana, ¿cómo se realiza la invitación inicial? (sin referirse a los recordatorios) Seleccione todas las que correspondan**
- a. Mediante carta de invitación
 - b. Mediante correo electrónico
 - c. Mediante SMS
 - d. Mediante llamada telefónica
 - e. Mediante notificación a través de una aplicación móvil del servicio autonómico de salud
 - f. Otro (especificar cuál):
- 7. ¿Existen estrategias en su CA para hacer un seguimiento de las mujeres que no responden a la invitación inicial y enviarles recordatorios?**
- a. Sí
 - b. No
- 8. En caso afirmativo, ¿cuál es el método de envío de recordatorios a las mujeres que no responden? Seleccione todas las que correspondan**
- a. Mediante carta de invitación
 - b. Mediante correo electrónico
 - c. Mediante SMS
 - d. Mediante llamada telefónica
 - e. Mediante notificación a través de una aplicación móvil del servicio autonómico de salud
 - f. Otro (especificar cuál):
- 9. ¿Desde dónde se realiza la invitación?**
Seleccione todas las que correspondan
- a. Salud Pública
 - b. Servicio de salud autonómico (servicios centrales)
 - c. Atención primaria
 - d. Atención hospitalaria
 - e. Otras entidades dependientes del servicio de salud
- 10. ¿Qué fuente/s de información se utiliza/n para identificar a la población diana? Seleccione todas las que correspondan**
- a. Censo
 - b. Padrón
 - c. Tarjeta sanitaria individual (TSI)
 - d. Bases de datos de mutualidades
 - e. Otro:
- 11. ¿Existe en su CA alguna estrategia de identificación de la población diana que no cuenta con tarjeta sanitaria individual? Si es así, especifique su respuesta**
- 12. En mujeres afiliadas a mutualidades administrativas (MUFACE, ISFAS, MUGEJU) y que reciban la prestación sanitaria a través de entidades privadas, ¿en qué etapas del cribado interviene el sistema sanitario público (incluida salud pública)?**
Seleccione todas las que correspondan
- a. Invitación al cribado
 - b. Realización de la prueba de cribado

- c. Comunicación del resultado de la prueba de cribado
 - d. El sistema sanitario público no interviene en ninguna etapa
 - e. Otras
- 13. ¿Dispone su CA de algún método de identificación de población TRANS susceptible de ser invitada al programa de cribado?**
- a. Sí
 - b. No
- 14. ¿Su CA dispone de un Sistema de Información (SI) adecuado para la identificación de la población diana?**
- a. Sí
 - b. No
- 15. Especifique los criterios de exclusión que su sistema de información SÍ es capaz de identificar.**
(Los criterios de exclusión considerados son los indicados en el Anexo 1 del documento de consenso del SI del programa de cribado de cáncer del SNS)
Seleccione todas las que correspondan
- a. Mujeres con mastectomía bilateral
 - b. Mujeres con diagnóstico de cáncer de mama
 - c. Mujeres con factores de tipo familiar y/o personal que determinan un alto riesgo, ya que serán incluidas en programas específicos.
 - d. Mujeres con antecedente de mamografía con resultado negativo en los dos últimos años y en la que sea posible realizar una valoración adecuada de su resultado.
 - e. Mujeres sintomáticas.
 - f. Mujeres con inmovilidad o situaciones invalidantes temporales que impidan la realización de la prueba de cribado. Se entenderá también como un retraso en la invitación y se invitará una vez transcurrido el tiempo previsto.
 - g. Ninguno de los criterios de exclusión anteriores
- 16. En caso de considerar otros criterios de exclusión adicionales en su CA, por favor, especifique cuáles son y si el sistema de información es capaz de identificarlos: (OPCIONAL)**
- 17. ¿Dispone su CA de algún método de validación del proceso de identificación de la población elegible? (Por ejemplo, CMBD, registros poblacionales de cáncer, etc.)**
- a. Sí
 - b. No
- 18. En caso afirmativo, por favor especifique los métodos de validación utilizados.**
TEXTO
- 19. En caso afirmativo, ¿el método de validación está recogido en algún protocolo?**
- a. Sí
 - b. No
- 20. Comentarios/Observaciones relacionados con esta sección (OPCIONAL)**

21. Prueba de cribado ofertada en la cartera de servicios de su CA:

- a. Mamografía digital de doble proyección
- b. Tomosíntesis Digital Mamaria (TDM)
- c. Mamografía digital de doble proyección y TDM
- d. Otra (especifique cuál):

22. ¿Está prevista la incorporación de la TDM en su cartera de servicios como prueba de cribado?

- a. Sí
- b. No
- c. En estudio

23. ¿En qué grupo de mujeres se utiliza, está previsto utilizarse o se está estudiando la TDM como prueba de cribado (en sustitución a la mamografía digital)? (Si se ha respondido algunas de estas respuestas: 21b, 21c, 22a, 22c)

- a. En todas las mujeres de la población diana
- b. Solamente en las mujeres con resultado de alta densidad mamaria en una mamografía anterior

24. En relación con la TDM, ¿se está realizando algún pilotaje en su CA?

- a. Sí
- b. No

25. En su CA, ¿se utiliza o está previsto utilizarse la TDM como prueba de valoración adicional tras realizar mamografía digital?

- a. Sí
- b. No

26. Periodicidad recomendada para la prueba de cribado:

- a. Cada 2 años
- b. Otro (especifique cuál):

27. ¿Cómo se proporciona la cita de la prueba de cribado?

Seleccione todas las que correspondan

- a. Junto con la invitación, se especifica la fecha y hora de la cita
- b. Junto con la invitación, se enlaza a la web para petición de cita
- c. Junto con la invitación, se indica el número de teléfono para solicitar la cita
- d. En la invitación, se da instrucciones a la mujer para solicitar la cita en su centro de salud

28. ¿Dónde se realiza la prueba de cribado?

Seleccione todas las que correspondan

- a. Hospital de referencia de la persona participante
- b. Hospitales específicos habilitados para el programa de cribado
- c. Centros de atención especializada
- d. Centros dependientes de Salud Pública
- e. Unidad móvil de mamografía
- f. Otro

29. Comentarios/Observaciones relacionados con esta sección (OPCIONAL)

30. ¿Se plantea su CA el uso de herramientas de Inteligencia Artificial para la lectura de mamografías en el programa de cribado?

- a. Sí, su uso está recogido en la cartera de servicios de la CA
- b. Sí, se tiene previsto incorporar a la cartera de servicios de la CA
- c. Sí, se está realizando un proyecto piloto
- d. Sí, se tiene previsto iniciar un proyecto piloto
- e. No, no se utiliza ni se tiene previsto

31. ¿Se están realizando en su CA estudios de personalización del riesgo de cáncer de mama? Si es así, especifique.

32. Comentarios/Observaciones relacionados con esta sección (OPCIONAL)

COMUNICACIÓN DE RESULTADOS DE LA PRUEBA DE CRIBADO

33. En caso de resultado NEGATIVO en la prueba de cribado que NO requiera una reevaluación temprana ¿cómo se comunica el RESULTADO? *(Se entiende por resultado negativo aquel que no requiere de una valoración adicional, independientemente de cuál sea el diagnóstico, continuando el programa de cribado rutinario. En el caso de que haya una indicación de reevaluación temprana, también se considerará resultado negativo).*

Seleccione todas las que correspondan

- a. Mediante correo postal
- b. Mediante correo electrónico
- c. Mediante SMS
- d. Mediante notificación a través de una aplicación móvil del servicio autonómico de salud
- e. Mediante llamada telefónica
- f. Mediante cita presencial
- g. Otro:

34. En caso de resultado NEGATIVO en la prueba de cribado que SÍ requiera una reevaluación temprana con mamografía (por ejemplo, a los 6 o 12 meses) ¿cómo se comunica el RESULTADO? *(No se incluyen otros tipos de resultado que requieran realizar otras pruebas diagnósticas en ese momento, por ejemplo: ecografía, resonancia magnética, biopsia...)*

Seleccione todas las que correspondan

- a. Mediante correo postal
- b. Mediante correo electrónico
- c. Mediante SMS
- d. Mediante notificación a través de una aplicación móvil del servicio autonómico de salud
- e. Mediante llamada telefónica
- f. Mediante cita presencial
- g. Otro:

35. En caso de resultado que requiera una reevaluación temprana (por ejemplo, a los 6 o 12 meses), ¿se proporciona la CITA de la prueba de reevaluación temprana con mamografía en el mismo momento de la comunicación de los resultados de la prueba de cribado?

- a. Sí
- b. No

36. Si a la pregunta anterior ha respondido “No”, ¿cómo se proporciona la CITA de la prueba de reevaluación temprana con mamografía?

Seleccione todas las que correspondan

- a. Mediante correo postal

- b. Mediante correo electrónico
- c. Mediante SMS
- d. Mediante notificación a través de una aplicación móvil del servicio autonómico de salud
- e. Mediante llamada telefónica
- f. Mediante cita presencial
- g. Otro:

37. Ante un resultado POSITIVO en la prueba de cribado que requiera valoración adicional con PRUEBAS DE IMAGEN, ¿cómo se comunica el resultado de la prueba de cribado? *Se entiende por valoración adicional aquella técnica de diagnóstico adicional realizada para aclarar la naturaleza de una anomalía percibida detectada en la prueba de cribado. En esta pregunta nos referimos específicamente a PRUEBAS DE IMAGEN (proyecciones localizadas, ecografía, resonancia magnética, etc.)*

Seleccione todas las que correspondan

- a. Mediante correo postal
- b. Mediante correo electrónico
- c. Mediante SMS
- d. Mediante notificación a través de una aplicación móvil del servicio autonómico de salud
- e. Mediante llamada telefónica
- f. Mediante cita presencial
- g. Otro:

38. ¿Se proporciona la CITA de la prueba de imagen de valoración adicional en el mismo momento de la comunicación de los resultados de la prueba de cribado?

- a. Sí
- b. No

39. Si a la pregunta anterior ha respondido “No”, ¿cómo se proporciona la CITA de la prueba de imagen de valoración adicional?

Seleccione todas las que correspondan

- a. Mediante correo postal
- b. Mediante correo electrónico
- c. Mediante SMS
- d. Mediante notificación a través de una aplicación móvil del servicio autonómico de salud
- e. Mediante llamada telefónica
- f. Mediante cita presencial
- g. Otro:

40. Ante un resultado POSITIVO en la prueba de cribado que requiera valoración adicional con PRUEBA DE CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA (estudio histopatológico), ¿cómo se comunica el resultado de la prueba de cribado? *Se entiende por valoración adicional aquella técnica de diagnóstico adicional realizada para aclarar la naturaleza de una anomalía percibida detectada en la prueba de cribado. En esta pregunta nos referimos específicamente a la PRUEBA DE CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA (estudio histopatológico).*

Seleccione todas las que correspondan

- a. Mediante correo postal
- b. Mediante correo electrónico
- c. Mediante SMS
- d. Mediante notificación a través de una aplicación móvil del servicio autonómico de salud
- e. Mediante llamada telefónica
- f. Mediante cita presencial
- g. Otro:

41. ¿Se proporciona la CITA de la prueba de confirmación diagnóstica en el mismo momento de la comunicación de los resultados de la prueba de cribado?

- a. Sí
- b. No

42. Si a la pregunta anterior ha respondido “No”, ¿cómo se proporciona la CITA de la prueba de confirmación diagnóstica?

Seleccione todas las que correspondan

- a. Mediante correo postal
- b. Mediante correo electrónico
- c. Mediante SMS
- d. Mediante notificación a través de una aplicación móvil del servicio autonómico de salud
- e. Mediante llamada telefónica
- f. Mediante cita presencial
- g. Otro:

43. En caso de utilizar la llamada telefónica como método de comunicación de resultados de la prueba de cribado (positivo o negativo), ¿quién es el responsable de contactar con la participante?

Seleccione todas las que correspondan

- a. Personal propio del programa de cribado (por ejemplo, personal de salud pública, AP o AH)
- b. Personal asistencial responsable de la paciente (por ejemplo, profesional de medicina o enfermería de referencia)

44. ¿Se contacta activamente a las mujeres que han dado positivo en el cribado si no han acudido a la cita para la realización de la valoración adicional?

- a. Sí
- b. No

45. Comentarios/Observaciones relacionados con esta sección (OPCIONAL)

RESULTADOS DE LA PRUEBA DE REEVALUACIÓN TEMPRANA

46. En caso de requerirse una prueba de reevaluación temprana, ¿se sigue en su CA el mismo procedimiento para la comunicación de resultados y citación que en la prueba de cribado?

- a. Sí
- b. No

47. En caso negativo, especifique el procedimiento seguido.

48. Comentarios/Observaciones relacionados con esta sección (OPCIONAL)

PRUEBAS DE VALORACIÓN ADICIONAL TRAS RESULTADO POSITIVO EN PRUEBA DE CRIBADO

La pregunta de esta sección hace referencia a pruebas de imagen (con o sin contraste), examen clínico de mama, imágenes adicionales o repetición de alguna proyección para aclarar la naturaleza de alguna anomalía percibida detectada en la prueba de cribado. NO se incluye en esta sección la biopsia de confirmación diagnóstica.

49. En la comunicación de resultados de las pruebas de valoración adicional, ¿quién es el responsable de contactar con la participante?

Seleccione todas las que correspondan

- a. Personal propio del programa de cribado (por ejemplo, personal de salud pública, AP o AH)
- b. Personal asistencial responsable de la paciente (por ejemplo, profesional de referencia de AH o AP)

50. Comentarios/Observaciones relacionados con esta sección (OPCIONAL)

PRUEBA DE CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA TRAS RESULTADO POSITIVO EN PRUEBA DE CRIBADO

Las preguntas de esta sección hacen referencia a la prueba de confirmación diagnóstica (estudio histopatológico).

51. ¿Dónde se realiza la prueba de confirmación diagnóstica?

Seleccione todas las que correspondan

- a. Hospital de referencia de la participante
- b. Hospitales específicos habilitados para el programa de cribado
- c. Otro

52. ¿La prueba de confirmación diagnóstica se realiza en TODOS los hospitales de referencia de su CA?

- a. Sí
- b. No

53. Comentarios/Observaciones relacionados con esta sección (OPCIONAL)

COMUNICACIÓN DE RESULTADOS DE LA PRUEBA DE CONFIRMACIÓN DIAGNÓSTICA

54. En caso de resultado NEGATIVO en la prueba de confirmación diagnóstica ¿cómo se comunica el resultado?

Seleccione todas las que correspondan

- a. Mediante correo postal
- b. Mediante correo electrónico
- c. Mediante SMS
- d. Mediante notificación a través de una aplicación móvil del servicio autonómico de salud
- e. Mediante llamada telefónica
- f. Mediante cita presencial
- g. Otro:

55. En caso de resultado POSITIVO en la prueba de confirmación diagnóstica, ¿cómo se comunica el resultado?

Seleccione todas las que correspondan

- a. Mediante correo postal
- b. Mediante correo electrónico
- c. Mediante SMS
- d. Mediante notificación a través de una aplicación móvil del servicio autonómico de salud
- e. Mediante llamada telefónica
- f. Mediante cita presencial
- g. Otro:

56. En caso de utilizar la llamada telefónica como método de comunicación de resultados de la prueba de confirmación diagnóstica, ¿quién es el responsable de contactar con la participante?

Seleccione todas las que correspondan

- a. Personal propio del programa de cribado (de salud pública, AP o AH)

- b. Personal asistencial responsable de la paciente (por ejemplo, profesional de medicina o enfermería de referencia)

57. Comentarios/Observaciones relacionados con esta sección (OPCIONAL)

TIEMPOS RECOMENDADOS EN EL PROGRAMA DE CRIBADO

58. ¿Existe en su CA algún plazo de tiempo recomendado (establecido por protocolo) entre la realización de la prueba de cribado y la comunicación de resultados a la participante?

- a. Sí
- b. No

59. En caso afirmativo, especifique el tiempo recomendado (en días hábiles) para resultado NEGATIVO en la mamografía de cribado (aquel que NO requiere valoración adicional con pruebas de imagen o confirmación diagnóstica)

60. En caso afirmativo, especifique el tiempo recomendado (en días hábiles) para resultado POSITIVO en la mamografía de cribado (aquel que requiere valoración adicional con pruebas de imagen o confirmación diagnóstica)

61. ¿Existe en su CA algún plazo de tiempo recomendado (establecido por protocolo) para realizar la biopsia desde su derivación? Si es así, especifique

62. ¿Existe en su CA algún plazo de tiempo recomendado (establecido por protocolo) entre la realización de la biopsia y la comunicación del resultado de la evaluación? Si es así, especifique

63. ¿Existe en su CA algún plazo de tiempo recomendado (establecido por protocolo) desde la realización de PRUEBA DE CRIBADO hasta el INICIO de tratamiento (en aquellos casos cuyo resultado de confirmación diagnóstica lo requiera)? Si es así, especifique

64. Comentarios/Observaciones relacionados con esta sección (OPCIONAL)

SISTEMA DE INFORMACIÓN (SI) DEL PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA

65. ¿Disponen de un SI para la gestión del programa de cribado de cáncer de mama?

- a. Sí
- b. No

En caso afirmativo, por favor conteste a las preguntas 66 a 70:

66. ¿Quién es el responsable del SI del programa de cribado de cáncer de mama?

Seleccione todas las que correspondan

- a. Salud Pública
- b. Servicio de salud autonómico (servicios centrales)
- c. Atención Primaria
- d. Atención Hospitalaria
- e. Otras entidades dependientes del servicio de salud autonómico

67. ¿La unidad que gestiona el SI del programa de cribado dispone de acceso a la historia clínica electrónica?

- a. Sí

b. No

68. ¿El SI permite el intercambio de información con los demás sistemas implicados en las actividades del programa (servicios, registros, bases de datos)?

- a. Sí
- b. No

69. ¿El SI permite una correcta monitorización y evaluación del programa?

- a. Sí
- b. No

70. ¿Considera que el SI es adecuado para la gestión óptima de las diferentes etapas del programa?

- a. Sí
- b. No

71. ¿Se realizan en su CA informes de evaluación del programa de cribado de cáncer de mama?

- a. Sí
- b. No

72. En caso afirmativo, indique con qué periodicidad

73. Si el informe es público incluya enlace de acceso al último informe

74. Comentarios/Observaciones relacionados con esta sección (OPCIONAL)

INFORMACIÓN Y SENSIBILIZACIÓN SOBRE EL PROGRAMA DE CRIBADO

75. ¿Cómo se proporciona información a la población diana sobre la importancia del programa de cribado y de todo su proceso?

Seleccione todas las que correspondan

- a. Folleto informativo con la carta de invitación
- b. Profesionales sanitarios (atención primaria, hospitalaria, etc.)
- c. Información disponible en la página web de cribados de su CA
- d. Otro:

76. ¿Se hace uso de campañas de sensibilización e información sobre el programa de cribado de cáncer de mama?

- a. Sí
- b. No

77. ¿Se proporciona información a las mujeres sobre prevención primaria (por ejemplo, estilos de vida saludable)?

- a. Sí
- b. No

78. ¿Se dispone de medidas que favorezcan la accesibilidad al programa de personas con discapacidad? En caso afirmativo, especifique.

79. Comentarios/Observaciones relacionados con esta sección (OPCIONAL)

PROTOCOLOS/DOCUMENTACIÓN

80. ¿En su CA disponen de un protocolo específico respecto al programa de cribado de cáncer de mama?

- a. Sí
- b. No
- c. En elaboración

81. Fecha del primer protocolo:

82. Fecha de última actualización:

83. En caso de disponer de un protocolo específico del programa de cribado público, indique el enlace web

84. ¿En su CA disponen de protocolos específicos para aquellas mujeres que requieran un seguimiento diferente por presentar factores de alto riesgo de desarrollo de cáncer de mama (mujeres excluidas del programa de cribado poblacional)?

- a. Sí
- b. No
- c. En elaboración

85. Comentarios/Observaciones relacionados con esta sección (OPCIONAL)

RESPONSABILIDAD DE LA GESTIÓN DEL PROGRAMA DE CRIBADO

86. ¿Quién es responsable de la gestión del programa en su CA?

Seleccione todas las que correspondan

- a. Salud Pública
- b. Servicio de salud autonómico
- c. Atención Primaria
- d. Atención Hospitalaria
- e. Otras entidades dependientes del servicio de salud autonómico

87. ¿Existe una comisión o figura de coordinación de seguimiento clínico del programa, encargada de tratar cuestiones clínicas/patológicas del programa de cribado de cáncer de mama?

- a. Sí
- b. No

88. Comentarios/Observaciones relacionados con esta sección (OPCIONAL)

DISPONIBILIDAD DE RECURSOS PARA EL DESARROLLO Y GESTIÓN EFECTIVOS DEL PROGRAMA DE CRIBADO

89. Indique el número de centros que realizan mamografías dentro del programa de cribado Si no se conoce el dato, indicar "desconocido"

90. Indique el número de mamógrafos disponibles (y operativos) para el programa de cribado de cáncer de mama Si no se conoce el dato, indicar "desconocido"

91. Indique el número medio de mamografías dentro del programa de cribado realizadas por mamógrafo al año *Si no se conoce el dato, indicar "desconocido"*
92. En su CA, ¿considera que existen infraestructuras suficientes para la realización de la prueba de cribado de manera efectiva? *(Esto incluye las instalaciones físicas y el equipo necesario para realizar los servicios de cribado. Algunos ejemplos son mamógrafos, ecógrafos u hospitales).*
- Sí, totalmente
 - Sí, parcialmente
 - No
93. Justifique su respuesta a la pregunta anterior
94. Señale si en su CA existen requisitos competenciales (establecidos por protocolo) para alguno de los siguientes profesionales sanitarios que participan en el programa de cribado (por ejemplo, nº de pruebas analizadas/realizadas, formación específica, etc.)
Seleccione todas las que correspondan
- Técnicos de radiodiagnóstico
 - Radiólogos
 - Patólogos
 - Otros (especifique)
 - No existe ningún requisito establecido
 - Se desconoce
95. En relación con la pregunta anterior, especifique los requisitos (OPCIONAL)
96. Indique el número de técnicos de radiodiagnóstico para realizar mamografías de cribado en su CA *Si no se conoce el dato, indicar "desconocido"*
97. Indique el número de radiólogos para realizar lecturas de mamografías de cribado en su CA *Si no se conoce el dato, indicar "desconocido"*
98. Indique el horario habitual en que se realizan las mamografías de cribado
Seleccione todas las que correspondan
- En horario de mañana
 - En horario de tarde
 - En fin de semana
99. Indique el número de patólogos para realizar exámenes de muestras de cribado en su CA *Si no se conoce el dato, indicar "desconocido"*
100. ¿Existe un plan de formación de los profesionales en su CA, en materia de protocolos de cribado?
- Sí
 - No
101. ¿Considera que hay personal SANITARIO suficiente en su CA para prestar los servicios de cribado de manera efectiva? *(Esto implica contar con suficientes profesionales sanitarios del ámbito asistencial, como técnicos de radiodiagnóstico, radiólogos, enfermeros, técnicos de*

laboratorio, patólogos y personal de apoyo, para llevar a cabo los procesos de cribado. No incluye personal encargado de la gestión del programa-ver siguiente pregunta-).

- a. Sí, totalmente
- b. Sí, parcialmente
- c. No

102. Justifique su respuesta a la pregunta anterior

103. En relación con el personal responsable de la GESTIÓN del programa de cribado (indicado en la pregunta 86) ¿Considera que su CA cuenta con suficientes recursos y personal para la gestión del programa de cribado en su CA?

- a. Sí, totalmente
- b. Sí, parcialmente
- c. No

104. Justifique su respuesta a la pregunta anterior

105. Comentarios/Observaciones relacionados con esta sección (OPCIONAL)

OTROS ASPECTOS RELACIONADOS CON LA CALIDAD DEL PROGRAMA

106. ¿Se audita el programa de cribado del cáncer de mama de acuerdo con un sistema de garantía de calidad?

- a. Sí, se audita todo el programa
- b. Sí, se audita una parte del programa
- c. No

107. Especifique qué partes del programa se auditan (si se selecciona la opción b en la pregunta 106)

108. En caso afirmativo, indique la referencia del sistema de garantía de calidad

109. ¿En su CA se evalúa la satisfacción de las mujeres sobre el programa de cribado?

- a. Sí
- b. No

110. En caso afirmativo, indique el enlace de acceso a los últimos resultados publicados

111. ¿Existen informes o estudios sobre las posibles barreras al programa de cribado de cáncer de mama en su CA?

- a. Sí
- b. No

112. En caso afirmativo, indique el enlace de acceso a los últimos resultados publicados

113. Comentarios/Observaciones relacionados con esta sección (OPCIONAL)

REVISIÓN DEL PROGRAMA DE CRIBADO

114. ¿En su CA se está llevando a cabo actualmente alguna revisión referente a alguno de los aspectos del programa de cribado? De ser así, especificar cuál/cuáles

115. Comentarios/Observaciones relacionados con esta sección (OPCIONAL)

DATOS DEL RESPONSABLE AUTONÓMICO

Comunidad Autónoma/Ciudad Autónoma:

Nombre y apellidos:

Cargo:

Teléfono de contacto: