

SATISFACCIÓN HACIA EL PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER DE MAMA DE BARCELONA POR PARTE DE LAS MUJERES: COMPARATIVA ENTRE 2006 Y 2016

Rosa Puigpinós-Riera (1,2,3) y Gemma Serral (1,2,3)

(1) Agència de Salut Pública de Barcelona (ASPB). Barcelona. España.
(2) CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Madrid. España.
(3) Institut de Recerca Biomèdica Sant Pau (IIB St.Pau). Barcelona. España.

Las autoras declaran que no existe ningún conflicto de interés.

RESUMEN

Fundamentos: La satisfacción representa la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que el sujeto tiene respecto a la asistencia. El debate generado por los programas de cribado, requiere estudiar la satisfacción como un elemento más en la evaluación. En el año 2006 se llevó a cabo en Barcelona un estudio sobre la satisfacción y las expectativas generadas alrededor del cribado. Diez años después se realizó otra con el fin de poder estudiar la evolución durante este tiempo. El objetivo del presente estudio es investigar la satisfacción con el Programa de Cribado del Cáncer de Mama (BCSP) de Barcelona y compararlo con los resultados obtenidos en un estudio previo realizado hace 10 años.

Métodos: Estudio transversal. La población de estudio fueron las mujeres de 50 a 69 años participantes en el PDPCM (105.528 mujeres). El muestreo fue aleatorio y estratificado por distritos; las fuentes de información fueron el padrón de habitantes y los registros de cada oficina técnica. Se llevó a cabo un análisis descriptivo y estratificado por edad y clase social. Se compararon los resultados con los del 2006. La correlación entre la satisfacción y la importancia mediante el coeficiente de relación de Pearson. Se ajustaron modelos de regresión logística.

Resultados: Destaca la satisfacción hacia la profesionalidad y el trato recibido. Las mujeres que declararon no sentirse nerviosas durante la espera de resultados, presentaron una OR=1,86 (IC95% 1,03-3,36) de sentirse muy satisfechas respecto a la información y OR=1,97 (IC95% 1,02-3,85) respecto a los equipamientos. Las no trabajadoras en activo se sintieron más satisfechas con la información OR=1,86 (IC95% 1,06-2,9). Las de clase media fueron las más satisfechas con la profesionalidad, OR=2,26 (IC95% 1,08-4,73) respecto clase alta.

Conclusiones: Es importante seguir trabajando la información que se facilita prestando especial atención a los grupos que se muestran menos satisfechos en el estudio llevado a cabo.

Palabras clave: Cribado cáncer de mama, Satisfacción, Promoción de la salud.

ABSTRACT

Satisfaction with the breast cancer screening program in Barcelona: a comparison between 2006 and 2016

Background: Satisfaction represents the subjective experience derived from the fulfillment or non-fulfillment of the expectations that the subject has regarding assistance. The debate generated by the screening programs requires studying satisfaction as one more element in the evaluation. In 2006, a study was carried out in Barcelona on the satisfaction and expectations generated around screening. Ten years later another was carried out in order to study evolution during this time. The objective of the current study is to investigate the satisfaction with the Breast Cancer Screening Program (BCSP) in Barcelona and to compare with the results obtained in a previous study carried out 10 years ago.

Methods: This was a cross-sectional study, whose study population was women participating in the BCSM. We conducted random sampling. The questionnaire asked for opinion about the informative materials and the information sessions, their level of participation (regular or irregular) and their overall satisfaction with the program. Women who had been referred for further examinations were asked specific questions about their satisfaction with the follow-up process. We conducted a descriptive analysis and compare the results to those obtained in the 2006 survey. We assessed the correlation between satisfaction and importance using the Pearson's correlation coefficient, and we also performed logistic regression analyses. All statistical analyses were conducted using SPSS.

Results: Participants were generally satisfied with the program, the professionalism and treatment received from the medical professionals. There was a significant positive correlation with the importance given to each of these dimensions. Women who stated that they did not feel nervous while waiting for the results of the mammography reported that they felt very satisfied with the information received [OR=1.86 (95% CI 1.03-3.36)] and with the equipment used [OR=1.97 (1.02-3.85)]. Non-working women were more satisfied with the information obtained [OR=1.86 (CI 1.06-2.9)]. Most of the results showed improvement with respect to those of the 2006 survey.

Conclusions: It's necessary to continue working towards providing the best possible information, and paying special attention to the most vulnerable groups.

Key words: Breast cancer screening, Satisfaction, Health promotion.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama sigue siendo el cáncer más común entre las mujeres de todo el mundo y particularmente aumenta en los países en vías de desarrollo en los que además se diagnostica en estadios más avanzados⁽¹⁾. Del mismo modo, la supervivencia oscila entre valores que van de más del 80% a los 5 años en países desarrollados a menos del 40% en los países más pobres⁽²⁾. De hecho, cuando el diagnóstico es en estadios avanzados el 69% de las pacientes mueren antes de los 5 años, ya que la supervivencia depende más del estadio en el diagnóstico que del tratamiento y las características del tumor⁽³⁾. La evidencia habla de que el cribado contribuye en un 20% a la reducción de la mortalidad⁽⁴⁾. Tal vez por esta razón, las mujeres de determinados países en donde el cribado no solo no existe, sino que además la salud es un bien privado al alcance solo de una parte de la población, el cáncer de mama sigue siendo una enfermedad temida sinónimo de muerte en muchos casos⁽⁵⁾.

Es pues dentro de esta constatación que se produce el auge de los cribados sobre todo en los países con sistemas de salud avanzados. La evidencia científica sobre los beneficios del cribado sobre la que se asientan los programas poblacionales, surge de 7 *Randomized Controlled Trials* (RCT) llevados a cabo en Estados Unidos, Canadá, Suecia y Escocia⁽⁶⁾.

En Barcelona, el actual programa de detección precoz de cáncer de mama (PDPCM) se pone en marcha en 1995 finalizando su completa implementación en la ciudad casi 10 años más tarde⁽⁷⁾. Teniendo en cuenta los resultados de los primeros cribados, así como las guías europeas para el cribado de cáncer de mama, la propuesta del PDPCM⁽⁸⁾ es la siguiente: programa de cribado tipo poblacional cuya población diana son las mujeres de 50 a 69 años, a las cuales se les propone una mamografía cada dos años. Cuando la

mujer se incorpora por primera vez al PDPCM, recibe una carta de presentación junto con un librito informativo, en el que se le habla de los beneficios del cribado pero también de los riesgos (falsos positivos, falsos negativos, cánceres de intervalo y sobrediagnóstico). Se las convoca a unas charlas informativas que se llevan a cabo en distintas zonas de la ciudad, de manera que todas las mujeres que quieran puedan acudir. Las mamografías se realizan en los principales hospitales de la red pública de la ciudad (Clínic, Sant Pau, Vall d'Hebron, Parc de Salut Mar y Esperança), los cuales les envían una carta dándoles día y hora, pudiendo cambiarla si no les va bien. En caso de no acudir a la cita, tienen una segunda citación. Junto a la citación, reciben también un folleto informativo con los principales mensajes clave del programa y los teléfonos de contacto. Una vez hecha la mamografía, en un máximo de dos semanas reciben el resultado por correo; en los casos en los que sea necesario realizar estudios adicionales, se las llama por teléfono dándoles cita en un plazo máximo de dos días. Por término medio, las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, en 30 días inician el tratamiento⁽⁹⁾.

En el año 2000 aparece una revisión llevada a cabo con los 7 RCT que pone en cuestión los cimientos del cribado. Los autores afirman que de los 7 RCT solo dos son metodológicamente aceptables y que los resultados sobre los beneficios del cribado son cuestionables⁽¹⁰⁾. A partir de este momento se abre un intenso debate sobre los riesgos y los beneficios vinculados al cribado sin llegar a un acuerdo. Lo que sí se consensua entre todas las partes es la necesidad de informar a las mujeres debidamente de los riesgos y beneficios, con el fin de que puedan tomar una decisión debidamente informada sobre si participan o no en el cribado, aunque esto vaya en detrimento de dicha participación⁽¹¹⁾, así como la implicación de la red de profesionales de atención primaria⁽¹²⁾. De esta manera es como se podría llegar al cribado personalizado,

en el cual con toda la información en cuanto a riesgos y beneficios así como los riesgos propios de cada mujer se da por adelantado a la toma de decisión. Este modelo de momento es aún una utopía, pues esta decisión la mujer la debe tomar con el médico de cabecera, el cual ha de tener toda la información y disponer del tiempo necesario, todo lo cual no parece factible al menos de momento^(13,14).

Delante de todo este debate, la realidad es que en nuestro contexto el cribado de cáncer de mama continúa realizándose teniendo en cuenta además el posicionamiento formulado por la OMS⁽¹⁵⁾ y recientemente también recomendado por la *European Breast Cancer*⁽¹⁶⁾. Anualmente se evalúa la actividad llevada a cabo, así como los resultados obtenidos en los distintos indicadores de impacto (participación, detección de tumores, recitación).

La satisfacción y la percepción que la población tiene sobre el programa es de rigor estudiarla con el fin de poder ir mejorando, al mismo tiempo que la controversia generada alrededor del cribado en los últimos años, hace que el control de calidad de éste cobre cada vez mayor relevancia. El estudio de la satisfacción es importante además, porque cubre todo el espectro de situaciones y experiencias que se pueden vivir, desde el momento en que se recibe la carta de citación hasta la obtención de los resultados⁽¹⁷⁾; la satisfacción que se define como “la medida en que la atención sanitaria y el estado de salud resultante cumplen con las expectativas del usuario”, representa la vivencia subjetiva derivada del cumplimiento o incumplimiento de las expectativas que el sujeto tiene respecto a algo, en este caso la asistencia^(18,19).

En Barcelona, se llevó a cabo una primera encuesta de satisfacción el año 2006. Se escogió una muestra aleatoria, representativa de las mujeres de 50 a 69 años en la que más

de la mitad de ellas habían participado en el PDPCM pero el resto no. En Barcelona, donde una elevada proporción de la población dispone de doble cobertura sanitaria (pública y privada), hacerse los controles ginecológicos y las mamografías a través de mutuas privadas es una práctica bastante extendida sobre todo en las clases sociales altas⁽²⁰⁾. A las mujeres que habían participado en el PDPCM se les llevó a cabo la entrevista sobre la percepción y la satisfacción hacia el PDPCM, mientras que a las no participantes, se les preguntó sobre las expectativas, es decir, qué tendría que ofrecer el PDPCM para motivarlas a participar en él⁽²¹⁾. El nivel de satisfacción con el programa en general fue alto y en el caso de las no participantes, el principal motivo por llevar a cabo controles por otras vías, fue por la creencia de que las mamografías es mejor realizarlas anualmente. Teniendo en cuenta, que la satisfacción por parte de los usuarios de un servicio y la calidad están estrechamente vinculados a la satisfacción de los profesionales proveedores del servicio⁽²²⁾ se llevó a cabo también una encuesta de percepción y satisfacción con el PDCM entre los profesionales de la red de atención primaria, muy vinculados al programa en tanto que responsables de la salud de la población y del papel relevante que ocupan sus consejos y posicionamientos en la conducta de las personas⁽²³⁾. Entre los profesionales, el hecho de saber que existía el programa les daba seguridad sobre todo en el caso de las mujeres más vulnerables.

A los 10 años (en 2016), se llevó a cabo una segunda encuesta de satisfacción con el objetivo por un lado de describir la satisfacción de las mujeres participantes en el PDPCM respecto a las diferentes dimensiones del programa. Por otro lado, se pretende comparar los resultados obtenidos en esta encuesta con los de la llevada a cabo en el 2006 con el fin de valorar la evolución de los resultados.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se trata de un estudio transversal cuya población de estudio fueron las mujeres de 50 a 69 años participantes en el PDPCM. La ronda de cribado de la ciudad se lleva a cabo en dos años, y la participación media fue algo superior al 50%. Así pues, el número de mujeres participantes en la última ronda de cribado y que por tanto constituían la población de estudio fue de 105.528 mujeres.

A partir de aquí se llevó a cabo un muestreo aleatorio y estratificado por distritos teniendo en cuenta un 15% de no respuesta, con lo cual el tamaño de la muestra requerida era de 450 mujeres, entre las cuales también se seleccionó proporcionalmente las que habían de ser de reciente incorporación, es decir, de 50 a 52 años en el momento de ser convocadas.

Las fuentes de información fueron el padrón de habitantes para el muestreo y los registros de cada oficina técnica de los distintos hospitales para identificar las participantes.

En primer lugar, las mujeres recibieron una carta explicándoles el estudio que se pretendía llevar a cabo y se las informaba que en breve recibirían una llamada telefónica para realizar la encuesta las que así lo desearan. A las dos semanas se realizaba la llamada, de manera que las cartas fueron enviadas escalonadamente.

El cuestionario fue el mismo que se utilizó en el 2006, con el fin de tener comparabilidad, menos las preguntas referentes a expectativas. Constaba de las siguientes partes: opinión sobre los materiales informativos recibidos por el PDPCM (cartas, dípticos, folletos informativos); opinión sobre las sesiones informativas que se llevan a cabo a lo largo del año en los distintos distritos de la ciudad para informar sobre el PDPCM y en las que se invita de forma personalizada a las mujeres de

reciente incorporación al programa. Tipo de participación, clasificándose en participación regular aquellos casos en que la mujer participa cada vez que es convocada por el programa e irregular, cuando la mujer no participa cada vez que es convocada si no solamente algunas veces. Finalmente se preguntó sobre la satisfacción. En el caso de las mujeres que habían sido convocadas a estudios adicionales se les hacían unas preguntas específicas sobre la satisfacción durante el proceso de reconvocatoria. Las preguntas mayoritariamente tenían una batería de respuesta tipo escala de Likert.

Al final de la encuesta, había una batería de preguntas resumen de la satisfacción respecto a diferentes aspectos del programa: el programa en general, la organización, el trato recibido por los profesionales, la profesionalidad de éstos, la información recibida a lo largo del proceso y finalmente la satisfacción hacia las instalaciones e infraestructuras. A continuación, se preguntaba también sobre la importancia que se le da a cada uno de estos aspectos, ya que, si un aspecto es poco valorado, pero se le da importancia es evidente que es necesario invertir esfuerzos en mejorar este aspecto en concreto.

A partir de esta batería de preguntas se medía la satisfacción en las distintas áreas según los parámetros establecidos por el Gobierno Vasco. Según la categorización utilizada por el Servicio de Salud del Gobierno Vasco⁽²⁴⁾ para valorar las encuestas de satisfacción del PDPCM se considera: área de excelencia (cuando hay un 95% o más de mujeres satisfechas), área fuerte (cuando hay entre un 90 y 94% de mujeres satisfechas), áreas con posibles oportunidades de mejora (cuando el porcentaje de satisfacción oscila entre el 80 y el 89%) y área que requiere mejoras (cuando el porcentaje de satisfacción es menor del 80%).

Análisis. En primer lugar, se llevó a cabo un análisis descriptivo y estratificado por edad y

por clase social. Posteriormente se compararon los resultados obtenidos en los distintos parámetros de satisfacción con los obtenidos en la encuesta del 2006. Se estudió la correlación entre la satisfacción y la importancia que se concede a los distintos aspectos del programa mediante el coeficiente de relación de Pearson. A continuación se estudió los posibles determinantes de la satisfacción; para ello, la variable dependiente fue la satisfacción expresada respecto a las 6 dimensiones estudiadas y las independientes fueron: clase social (clase alta, media y baja), situación laboral (trabajadora en activo y otras situaciones), estado civil (casada o en pareja y otras situaciones), resultado de la mamografía de cribado (control a los dos años, estudios adicionales y control avanzado al año), nacionalidad (española, doble nacionalidad española y extranjera, extranjera). Se llevó a cabo un análisis descriptivo, comparativo con el año 2006 sobre la satisfacción con las siguientes variables: programa globalmente, organización, trato recibido, profesionalidad, información recibida e infraestructuras. Finalmente se ajustaron modelos de regresión logística. Se utilizó el paquete estadístico SPSS.

RESULTADOS

Finalmente, el número de mujeres que respondieron a la encuesta fueron 445, las cuales, tal como se llevó a cabo el muestreo, estaban proporcionalmente distribuidas según el tamaño del distrito y por grupos de edad (tabla 1). La mayoría, un 66,7%, estaban casadas o vivían en pareja, un 41,1% eran trabajadoras en activo y por clase social 20,7% eran de la clase social alta, 32,8% de la clase media y 31% pertenecían a la clase social baja.

En cuanto a la información suministrada desde el programa (tabla 2), en general la calificaban de clara y suficiente, destacando principalmente la carta de presentación que se enviaba a las que se incorporaban al programa

Tabla 1 Descripción de las mujeres.			
VARIABLES		n=445	% (100)
DISTRITO	Ciutat Vella	20	4,5
	Eixample	68	15,3
	Sants-Montjuïc	50	11,2
	Les Corts	22	5,6
	Sarrià-Sant Gervasi	25	5,6
	Gràcia	32	7,2
	Horta-Guinardó	51	11,5
	Nou Barris	54	12,1
	Sant Andreu	51	11,5
	Sant Martí	72	16,2
EDAD	50-54 años	86	19,3
	55-59 años	134	30,1
	60-64 años	137	30,8
	65-69 años	88	19,8
ESTADO CIVIL	Casada y/o en pareja	297	66,7
	Soltera	59	13,3
	Otras situaciones	89	20
SITUACION LABORAL	Trabaja	183	41,1
	Jubilada	115	25,8
	Otras situaciones	147	33,1
CLASE SOCIAL	Alta (I+II)	92	20,7
	Media (III)	146	32,8
	Baja (IV+V)	138	31
	Ns/nc	69+	15,5

Tabla 2
Opinión sobre los distintos materiales y sesiones informativas.

INFORMACIÓN CLARA Y SUFICIENTE	Totalmente de acuerdo + de acuerdo		Ni en acuerdo ni en desacuerdo, en desacuerdo y muy en desacuerdo	
	Carta de presentación (n=262)	260	99,2%	2
Librito informativa adjunto (n=162)	158	97,5%	4	2,5%
Carta de citación dando día y hora(n=419)	418	99,7%	1	0,3%
Folleto que acompaña carta de citación (n=151)	144	95,4%	7	4,6%
Sesión informativa (n=19)	18	94,7%	1	5,3%
Carta resultados de la mamografía (n=420)	380	90,5%	30	9,5%
ESTADO ANÍMICO	Tranquila		Preocupada, nervios, miedo, ni una cosa ni otra	
	El día que se hizo la mamografía (n=445)	375	84,3%	70
Los días de espera de los resultados (n=445)	300	67,4%	145	32,6%
Los resultados se presentan siempre sobre el total de mujeres de las que se obtuvo respuesta. El resto en la mayoría de los casos no se acordaban de los contenidos de los que se les preguntaba o dicen no haberlos recibido.				

por primera vez (99,2% pensaban que era clara y suficiente), y la carta de citación dando día y hora (99,7%). La carta que recibían con los resultados fue la que a su entender era menos clara y suficiente, aunque el porcentaje de mujeres que opinaban favorablemente eran del 90,5%. En cuanto al estado anímico que sentían el día que fueron a hacerse la mamografía, un 15,7% estaban entre preocupadas y nerviosas y los días en que esperan el resultado este porcentaje aumentaba al 32,6%.

En cuanto a los resultados obtenidos en la mamografía de cribado (tabla 3), tal como se observa cada año en las evaluaciones realizadas, el 87% fueron control a los dos años, un 1,6% control avanzado al año y un 6,7% (30 mujeres) tuvieron que ser sometidas a estudios adicionales, de las cuales 3 (10%) terminaron el proceso con un diagnóstico de cáncer. En cuanto a la información recibida durante el proceso de estudios adicionales, un 86,7% opinaban que fue clara y suficiente; respecto a la llamada que recibieron

Tabla 3
Resultados de la mamografía y proceso de estudios adicionales.

RESULTADOS DE LA MAMOGRAFIA	N		%	
Control a los dos años	387		86,9%	
Pruebas complementarias	30		6,7%	
Control avanzado al año	7		1,6%	
Otras situaciones	21		4,7%	
INFORMACIÓN RECIBIDA SUFICIENTE, CLARA Y TRANQUILIZADORA (en las mujeres a las que se les hizo e studios adicionales n=30)	Totalmente de acuerdo + de acuerdo		Ni en acuerdo, ni en desacuerdo, y muy en desacuerdo	
El día que se hizo la mamografía (n=445)	18	60%	12	40%
Los días de espera de los resultados (n=445)	26	86,7%	4	13,3%
HASTA QUE PUNTO SE SENTIÓ ANGUSTIADA	Angustiada y muy angustiada		Ni poco ni mucho o en absoluto	
Hasta qué punto se sintió angustiada	16	53,3%	14	46,7
RESULTADO FINAL DEL PROCESO DE ESTUDIOS ADICIONALES	N		%	
Control a los dos años	33		76,7%	
Control avanzado al año	4		13,3%	
Cáncer	3		10%	

para comunicarles la necesidad de llevar a cabo estudios adicionales y con la intención de tranquilizar a la mujer y poder responder a sus dudas; un 60% opinaba que esta llamada fue lo suficientemente tranquilizadora e informativa.

En cuanto a la satisfacción hacia las distintas dimensiones del programa, la mayoría estuvieron entre muy satisfechas y satisfechas, destacando la satisfacción hacia la profesionalidad y el trato recibido por parte de los profesionales del programa en el que mayoritariamente se mostraban muy satisfechas, siendo la información

y los equipamientos los peor valorados (tabla 4). En general, el grado de satisfacción que manifestaron estaba correlacionado con la importancia que le daban a cada una de estas dimensiones, a excepción quizás de la valoración del programa en su conjunto, respecto al cual un 90,8% pensaban que era muy importante pero solo un 59,6% decían sentirse muy satisfechas. Como puede observarse en la tabla 4, los valores de correlación mostraban todos ellos una correlación positiva y significativa, siendo la profesionalidad la dimensión que mayor correlación mostró entre satisfacción e importancia.

Tabla 4
Satisfacción e importancia que se da a los distintos aspectos del programa.

SATISFACCIÓN	Muy satisfecha		Bastante satisfecha		Insatisfecha o ni una cosa ni la otra	
	El programa en su conjunto	265	59,6%	165	37,1%	15
Organización del programa	233	52,4%	177	39,8%	35	7,9%
Trato recibido	327	73,5%	100	22,5%	18	4,1%
Profesionalidad	350	79%	75	16,9%	20	4,5%
Información recibida en el proce-so	205	46,4%	186	42,1%	54	12,1%
Equipamientos	205	46,1%	205	46,1	35	7,9%
IMPORTANCIA	Muy importante		Importante		Ni poco ni mucho + N/Nc	
	Programa en su conjunto	404	90,8%	35	7,9%	6
Organización	272	61,3%	164	36,9%	8	1,8%
Trato recibido	390	87,8%	49	11,0%	5	1,1%
Profesionalidad	409	91,9%	32	7,2%	4	0,9%
Información	300	67,9%	137	31,0%	5	1,1%
Equipamientos	252	56,9%	179	40,4%	12	2,7%
CORRELACIÓN SATISFACCIÓN / IMPORTANCIA		Valor r ^(*)		Significación bilateral		
Programa en conjunto		0,292		<0,001		
Organización		0,286		<0,001		
Trato recibido		0,137		<0,001		
Profesionalidad		0,302		<0,001		
Información recibida		0,196		<0,001		
Equipamiento		0,248		<0,001		
(*) Los valores oscilan entre -1 y 1, indicando correlación positiva los valores positivos.						

En cuanto a los determinantes que pueden influir en estos resultados (tabla 5), solo en la información la profesionalidad y los equipamientos e infraestructuras se encontró alguna variación. Las mujeres que declararon no

sentirse nerviosas en el momento de esperar los resultados de la mamografía, presentaron una OR=1,86 (IC95% 1,03-3.36) de sentirse muy satisfechas respecto a la información recibida y una OR=1,97 (IC95% 1,02-3,85) de sentirse

muy satisfechas respecto a los equipamientos que las que se sentían nerviosas. Las mujeres que no eran trabajadoras en activo también se sintieron más satisfechas con la información obtenida con una OR=1,86 (IC95% 1,06-2,9). En cuanto a la profesionalidad las de clase media fueron las que más satisfechas se sintieron, con una OR=2.26 (IC95% 1,08-4,73) que las de clase alta.

Respecto al 2006 (tabla 6), la satisfacción había mejorado en las áreas de programa en general, profesionalidad, información e infraestructuras, manteniéndose las tres primeras en el área de excelencia y permaneciendo las infraestructuras a pesar de la mejora experimentada en el área de posibles oportunidades de mejora. La satisfacción con el trato recibido prácticamente no había variado manteniéndose en el área de

Tabla 5
Modelos de Poisson de la satisfacción en los distintos dimensiones del programa.

INFORMACIÓN: muy satisfecha / otras valoraciones	OR	P	IC 95%
No ser trabajadora en activo	1,76	0,029	1,06-2,9
No estar nerviosa esperando resultados	1,86	0,038	1,03-3,36
PROFESIONALIDAD: muy satisfecha / otras valoraciones	OR	P	IC 95%
Mujeres de clase media	2,26	0,037	1,08-4,73
EQUIPAMIENTOS / INFRAESTRUCTURAS: muy satisfecha / otras valoraciones	OR	P	IC 95%
No estar nerviosa esperando resultados	1,97	0,045	1,02-3,85

Tabla 6
Evolución de los indicadores de satisfacción entre 2006 y 2016.

	2006	2016	
	Satisfacción global(*)	Satisfacción global	Importancia(**)
Programa	95,4%	96,7%	98,7%
VALORACIÓN	Área Excelencia	Área Excelencia	Se mantiene
Organización	96,0%	92,2%	98,2%
VALORACIÓN	Área Excelencia	Área fuerte	Ha disminuido
Trato recibido	96,6	96,0%	98,8%
VALORACIÓN	Área excelencia	Área excelencia	Se mantiene
Profesionalidad	95,1	95,9	99,1%
VALORACIÓN	Área excelencia	Área excelencia	Ligero aumento
Información	86,3	88,5	98,9%
VALORACIÓN	Posibles oportunidades de mejora	Posibles oportunidades de mejora	Ha mejorado
Infraestructuras	83,1	92,2	97,3%
VALORACIÓN	Posibles oportunidades de mejora	Área fuerte	Ha mejorado

(*) Satisfacción global = muy satisfecha + satisfecha; (**) Importancia = muy importante + importante.

excelencia. En la organización la satisfacción había disminuido respecto al 2006, pasando de un 96% que se sintieron satisfechas y/o muy satisfechas en el 2006 a un 92,2%, situándose en el área fuerte.

DISCUSIÓN

En general, la buena percepción que se tiene del programa y la satisfacción respecto a las distintas dimensiones es muy alta.

En nuestro estudio los profesionales son muy bien valorados, siendo un 79% que se muestran muy satisfechas, mientras que en un estudio llevado a cabo en Roma, son un 69,3% las que se sienten muy satisfechas. Del mismo modo en este estudio algunas mujeres declaran haber tenido un tiempo de espera para obtener los resultados de dos meses o más, produciendo descontento y también declaran que el servicio de atención telefónica (*hotline*) no siempre responde⁽²⁵⁾. En el PDPCM de Barcelona, el tiempo máximo de espera es de dos semanas, siendo aproximadamente entre 5 y 7 días lo que suelen tardar las mujeres en recibir los resultados acortando así el tiempo de nerviosismo, el cual suele ser más elevado cuando se está esperando recibir los resultados.

El tiempo de espera en la obtención de resultados es importante que sea lo más corto posible. En nuestro estudio es el momento en el que las mujeres sienten más intranquilidad o nerviosismo y si además los resultados que esperan están relacionados con estudios adicionales esta sensación se incrementa, siendo el máximo de tiempo tolerable el de una semana⁽²⁶⁾. Del mismo modo, las experiencias vividas a lo largo del proceso, así como el tipo de resultados finales también tienen relación con la percepción que finalmente se tiene del proceso del cribado en general⁽²⁷⁾.

En nuestro programa, las exploraciones clínicas de mama en el proceso del cribado, solo se realizan en determinados casos, como por ejemplo en algunas mujeres con mamas densas. Contrariamente a lo que podríamos suponer, el hecho de realizar estas exploraciones parece generar una mayor satisfacción en las mujeres por el hecho de sentir que son mejor controladas⁽²⁸⁾.

Un hecho constatado en un estudio llevado a cabo en Dinamarca y que influye negativamente en la percepción y satisfacción del cribado, es cuando las mujeres al ser invitadas a participar en el programa de cribado, se sienten como obligadas a acudir, en lugar de vivirlo simplemente como un servicio que se les ofrece⁽²⁹⁾, lo cual de nuevo nos lleva a plantear la importancia de cuidar muy bien todos los aspectos vinculados a comunicación, información, así como el lenguaje empleado.

Un efecto importante del cribado de cáncer de mama en nuestro entorno, es su contribución a la disminución de las desigualdades, sobretodo el de estrategia poblacional, por el hecho de ser ofrecido por igual a todas las mujeres⁽²⁰⁾. Aun así, en aquellos sectores de la población más vulnerables aun es complicado conseguir un seguimiento dentro del programa por casuísticas diversas que pueden ir desde barreras idiomáticas o culturales⁽³⁰⁾ hasta de tipo pobreza extrema, etc. Algunas experiencias constatan que si se detecta a tiempo estos sectores de población más vulnerables, la figura de un profesional conocido como *Patient Navigation* (PN), que haga un acompañamiento que les ayude a superar estas barreras (idiomáticas, administrativas etc), contribuye a aumentar la participación en el cribado por parte de estos sectores de población. Del mismo modo, se sienten satisfechas no solo con el cribado si no con la red de atención sanitaria en general, contribuyendo así a una mejor adherencia de estos grupos más vulnerables⁽³¹⁾.

Limitaciones. La principal limitación es que, si bien se ha escogido una muestra representativa del colectivo de mujeres participantes en el programa, el número de mujeres sometidas a estudios adicionales o con diagnóstico de cáncer es pequeño para poder llevar a cabo análisis más precisos que permitan detectar cambios o diferencias según estos parámetros.

Fortalezas. La principal fortaleza de este estudio es que es el segundo llevado a cabo y que por tanto nos permite establecer comparaciones y valorar la evolución de los resultados con el tiempo, lo cual tendría que ser integrado casi de manera rutinaria como un elemento más a tener en cuenta a la hora de evaluar el programa.

Conclusiones. Nuestro estudio muestra unos niveles muy altos de satisfacción de las mujeres con el programa, habiendo mejorado en casi todos los aspectos respecto a los resultados obtenidos en el 2006. El único aspecto en el que la satisfacción ha disminuido ligeramente es en la organización en general del programa; tal vez ello sea debido a cambios organizativos acaecidos en el programa durante este tiempo, de manera que la oficina técnica responsable de la coordinación del programa a nivel de ciudad, pierde parte de sus funciones las cuales son asumidas a otro nivel y ha habido cambios en aspectos de comunicación que también pueden estar afectando. Por otro lado, algunos aspectos a tener en cuenta a la hora de mejorar es una atención aún más personalizada a las mujeres en proceso de estudios adicionales, ser consciente del estado de nerviosismo o ansiedad de muchas mujeres mientras esperan los resultados y seguir atendiendo a las diferencias de clase. Aun así, estamos hablando de niveles de satisfacción global del 90% o más, todo lo cual no deja de ser unos resultados por los que nos podemos felicitar. Hay que continuar incidiendo sobretodo en informar debidamente a las mujeres de todos los aspectos relativos al cribado con el fin de que sean plenamente conscientes de la decisión de participar o no.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Cancer Report 2014. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization. Ed. Bernard W. Stewart and Christopher P. Wild. Lyon 2014. ISBN 978-92-832-0443-5.
2. Coleman M, Quaresma M, Berrino F, Lutz JM, De Angelis R, Capocaccia R, Baili P, Rachet B, Gatta G, Hakulinen T, Micheli A, Sant M, Weir HK, Elwood JM, Tsukuma H, Koifman S, Azevedo e Silva G, Francisci S, Santaquilani M, Verdecchia A, Storm HH, Young JL and the CONCORD Working Group. Cancer Survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). *Lancet Oncology* 2008; 9: 730-756.
3. International Agency for Research on Cancer. Breast cancer screening. In: IARC handbook of cancer prevention, vol. 15. Lyon: IARC; 2014. ISBN-13 (Print Book) 978-92-832-3015-1.
4. Ghoncheh M, Pournamdar Z, Salehiniya H. Incidence and Moratlity and Epidemiology of Breast Cancer in the World. *APJCP* 2016; 17: 43-46. DOI: <http://dx.doi.org/10.7314/APJCP.2016.17.S3.43>
5. Pons-Vigués M, Puigpinós-Riera R, Serral G, Pasarin MI, Rodríguez D, Pérez G, Benet J, Casamitjana M, Borrell C. Knowledge, attitude and perceptions of breast cancer screening among native and immigrant women in Barcelona, Spain. *Psycho-Oncology* 2011. DOI: 10.1002/pon.1940
6. Paci E, Alexander FE. Study Design of Randomized Controlled Clinical Trial of Breast Cancer Screening. *J Nat Cancer Ins* 1997; monographs 22: 21-25.
7. Agència de Salut Pública de Barcelona. Butlletí Informatiu de l'Oficina Tècnica del Programa de Detecció Precoç de Càncer de Mama a Barcelona. Barcelona Num 1. Agència de Salut Pública de Barcelona, 2005. www.aspb.cat/quefem/documents_cancer_mama.htm
8. Programa de Detecció Precoç del Càncer de Mama a Barcelona. Document Marc 1994. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Consorci Sanitari de Barcelona, 1994.

9. Agència de Salut Pública de Barcelona. Buitlletí Informatiu de l'Oficina Tècnica del Programa de Detecció Precoç de Càncer de Mama a Barcelona. Barcelona, Num 3: Agència de Salut Pública de Barcelona, 2006. www.aspb.cat/quefem/documents_cancer_mama.htm
10. Gotzsche PC, Olsen O. Is screening for breast cancer with mammography justifiable? *Lancet* 2000; 355:129-34.
11. Borrás JM, Espinas JA, Castells X. La evidencia del cribado del cáncer de mama: la historia continua. *Gac Sanit* 2003; 17(3): 249-55.
12. Castells X, Sala M, Salas D, Ascunze N, Zubizarreta R, Casamitjana M. Reflexiones sobre las prácticas de diagnóstico precoz del cáncer en España. *Gac Sanit* 2009; 23(3): 244-249.
13. Keating NL, Pace LE. Breast Cancer Screening in 2018. Time for Shared Decision Making. *JAMA* 2018; 319(17): 1814-1815.
14. World Health Organization. WHO position paper on mammography screening. Geneva: World Health Organization; 2014. http://www.who.int/cancer/publications/mammography_screening/en/
15. European Commission Initiative on Breast Cancer. Recommendations from the European Breast Cancer Guidelines. European Commission on Breast Cancer 2019. <https://ecib.jdr.europa.eu/recommendations>
16. Nelson R. Personalized Breast Cancer Screening: Realistic and Feasible? *Medscape*, 2019.
17. Deandrea S, Salakari M, Neamtii L, Ulutürk A, Lerda D, Pylkkänen L. Validated tools measuring women's satisfaction in breast cancer screening programmes: A systematic review. *The Breast* 2018; 39: 33-38. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2018.03.001>
18. Rodríguez Pérez MP, Grande Armesto M. Calidad asistencial: Concepto, dimensiones y desarrollo operativo [Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Sanidad; 2014.
19. Villodre R, Calero R, Gallarza MG. La satisfacción del cliente como indicador de calidad en neurorehabilitación. *Cuadernos de estudios empresariales* 2014; 24: 131-147. http://dx.doi.org/10.5209/rev_CESE.2014.v24.48614
20. Puigpinós-Riera R, Serral G, Pons-Vigués M, Palència L, Rodríguez-Sanz M, Borrell C. Evolution of Inequalities in Breast and Cervical Cancer Screening in Barcelona: Population Surveys 1992, 2001 and 2006. *J Women's Health* 2011; 20(11): 1721-1727. DOI: 10.1089/jwh.2010.2478
21. Serral-Cano G, Puigpinós-Riera R, Robles-Garrido I, Pons-Vigués M, Borrell C. Satisfacción y expectativas de las mujeres participantes y no participantes en el Programa de Detección Precoz de Cáncer de Mama de Barcelona tras 10 años de funcionamiento. *Rev Esp Salud Pública* 2010; 84: 717-729.
22. Massip Pérez C, Ortiz Reyes RM, Llantá Abreu MC, Peña Fortes M, Infante Ochoa I. La evaluación de la satisfacción en salud: un reto a la calidad. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2008 Dic [citado 2019 Jun 18]; 34(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000400013&lng=es.
23. Serral G, Puigpinós-Riera R, Maydana E, Pons-Vigués M, Borrell C. Percepción de los profesionales de salud sobre el Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama en Barcelona. *Rev Calid Asist* 2013; 28(4): 244-253.
24. Programa de Detección Precoz del Cáncer de Mama. Encuesta de Satisfacción de Usuarías 2015. Eusko Jaurlaritz. Gobierno Vasco. Departamento de Salud, 2016.
25. Unim B, Boggi R, Napoli M, fulgenzi R, Landi A, La Torre G. Women's satisfaction with mammography and predictors of participation in an organized breast cancer screening program: Perspectives of a Local Health Unit in Rome. *Public Health* 2018; (155): 91-94.
26. Molina-Barceló A, Salas Trejo D, Miranda García J. Satisfacción de las mujeres con la duración del proceso de valoración adicional en el cribado mamográfico. *Gac Sanit* 2011; 25(5): 357-362.

27. Saladié F, Poblet C, Sirgo A, Galceran J. The Breast Journal 2008; 14 (3): 315-316.
28. Ah Han M, Kwan Jun J, Son Choi K, Park E.C, Lee HY. Satisfaction in the National Screening Program for Breast Cancer with and without Clinical Breast Examination. Asian Pacific J of Cancer Prev 2012; 13: 63-67. DOI: <http://www.dx.doi.org/10.7314/APJCP.2012.13.1.063>
29. Gabel P, Bach Larsen M, Bjørnholt Nielsen P, Brand Svendstrup D, Andersen B. Satisfaction, discomfort, obligations and concerns in population-based breast cancer screening: cross-sectional study in a Danish population. Health Services Research 2017; 17: 489 DOI: 10.1186/s12913-017-2438-2
30. Pons-Vigués M, Puigpinós-Riera R, Rodríguez D, Fernández de Sanmamed MJ, Pasarín MI, Pérez G, Borrell C, Casamitjana M, Benet J. Country of origin and prevention of breast cancer: Beliefs, Knowledge and Barriers. Health & Place 2012; 18: 1270-1281.
31. Hermann EA, Ashburner JM, Atlas SJ, Chang Y, Percac-Lima S. Satisfaction With Health Care Among Patients Navigated for Preventive Cancer Screening. J Patient Experience 2018; 5 (3): 225-230.