

Estudio de la no participación en el programa de prevención de cáncer de mama en la ciudad de Valencia

M. Alcaraz^a / A. Lluch^a / J. Miranda^b / I. Pereiro^c / M.D. Salas^b

^aCentro de Salud Pública de Valencia. Conselleria de Sanitat. ^bDirección General de Salud Pública. Conselleria de Sanitat.

^cInstituto Social de la Marina. Conselleria de Sanitat. Valencia.

Correspondencia: Dra. Manuela Alcaraz Quevedo. Centro de Salud Pública de Valencia. San Vicente, 83. 46007 Valencia. Correo electrónico: manuela.alcaraz@sanidad.m400.gva.es

Recibido: 30 de mayo de 2001.
Aceptado: 14 de febrero de 2002.

(Study of non-participation in the breast cancer screening program in the city of Valencia [Spain])

Resumen

Objetivo: Conocer los motivos de no participación de las mujeres en el Programa poblacional de Prevención de Cáncer de Mama.

Métodos: Es un estudio observacional transversal, en mujeres que fueron invitadas para participar en el Programa de Prevención de Cáncer de Mama en la ciudad de Valencia y no acudieron. Se realizó una entrevista con cuestionario en el domicilio con 25 preguntas, agrupadas en: conocimiento sobre el programa, motivos de la no participación, actitudes o creencias y características de las encuestadas (variables socioeconómicas, culturales y edad). Se analizaron las diferencias en las características de las mujeres con un análisis bivariable y multivariable mediante regresión logística.

Resultados: Se utilizaron 783 direcciones, se obtuvieron 411 cuestionarios, y analizaron 361, y se excluyeron del análisis los 50 cuestionarios utilizados en la prueba piloto, ya que ésta produjo una modificación del cuestionario. El 93,4% (intervalo de confianza [IC] del 95%: 3-95,7) recordaba haber recibido una citación. El motivo principal de no participación fue estar estudiada por otros servicios sanitarios en el 48,8% (IC del 95%: 43,6-53,9), seguido de diversos motivos personales en el 16,1% (IC del 95%: 12,3-19,9) y del horario de citación que no les resultó adecuado en el 15,5% (IC del 95%: 11,8-19,2). Analizando la clase social media y alta frente a la clase baja, se observan importantes diferencias: las mujeres de clase media o alta tenían mayor probabilidad de conocer el programa y llevar tratamiento hormonal sustitutivo (THS) y el motivo principal de no asistencia era el estar estudiada por otros servicios sanitarios y para las mujeres de la clase baja el temor, no considerarlo importante para su salud y problemas de accesibilidad horaria. En el análisis multivariable las variables que entraron en el modelo fueron: THS, la clase social y el nivel cultural; de tal forma que aquellas mujeres de clase social media o alta, que llevan THS y de nivel cultural medio o alto tienen mayor probabilidad de estar estudiadas.

Conclusiones: El perfil de las mujeres que no participan, pertenece, por un lado, a la clase social media o alta, que toman THS y que están siendo revisadas por otros servicios sanitarios, y por otro, a un grupo de mujeres con nivel socioeconómico bajo y cuyo motivo de no participación es por temor o dificultades de horario.

Abstract

Aim: To determine the reasons for non-participation of women in a breast cancer screening program.

Methods: We performed an observational, cross-sectional study in women who were invited to participate in the breast cancer screening program in the city of Valencia and who failed to attend. The women were interviewed in their homes through a questionnaire consisting of 25 questions grouped as follows: knowledge of the program, reasons for nonparticipation, attitudes or beliefs and characteristics of the interviewees (socioeconomic and educational variables and age). A descriptive analysis was performed. Differences in the characteristics of women were evaluated through bivariate analysis. Multivariate analysis was performed through logistic regression.

Results: A total of 783 addresses were used, 411 questionnaires were completed and 361 were analyzed. The 50 questionnaires used in the pilot study were excluded because, as a consequence of this study, the questionnaire had been modified. Most of the women (93,4%) (CI: 90.3-95.7) remembered having an appointment. The main reason for not attending was being screened in another health service in 48.8% (CI: 43.6-53.9), followed by various personal reasons in 16.1% (CI: 12.3-19.9) and inability to keep the appointment at the specified time in 15.5% (CI: 11.8-19.2). Comparison of women in the middle and upper social classes with those in the lower classes revealed important differences. Middle and upper class women had a higher probability of knowing about the program and of being on hormone replacement therapy (HRT) and the most frequent reason for non-attendance was attendance at another program run by another health service. In lower class women the reasons for non-attendance were fear, not believing the program to be important to health and inability to keep the appointment at the specified time. In the multivariate analysis, the variables that entered the model were HRT, social class and education. Thus, middle or upper class women undergoing HRT and with secondary or higher education had a higher probability of being screened.

Conclusions: The profile of non-participating women belongs on the one hand to those in the middle or upper social classes, undergoing HRT and being screened by other health services and, on the other, to a group of women of low social class,

Palabras clave: Cribado de cáncer de mama. No participación. Clase social. Nivel cultural. Tratamiento hormonal sustitutivo.

whose reason for non-participation is fear and timetable difficulties.

Key words: Breast cancer screening. Non-participation. Social class. Educational level. Hormone replacement therapy.

Introducción

El cáncer de mama es uno de los problemas de salud que más impacto tienen en la salud de las mujeres, por su elevada incidencia y mortalidad. Los datos aportados por la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer lo acreditan como el tumor más frecuente en la mujer¹. En cuanto a la mortalidad, la tasa específica por esta causa ha ido aumentando constantemente desde mediados del siglo XX en España, según los datos facilitados por el Ministerio de Sanidad y Consumo, para el período 1978-1992, la tasa ajustada (Europa) en España es de 21,61 por 100.000². En la Comunidad Valenciana, la tasa de mortalidad por cáncer de mama en el año 1998 fue de 27,0 por 100.000³.

En el momento actual se está comenzando a observar una estabilización e incluso un descenso en la mortalidad por cáncer de mama, que para algunos autores está relacionado, entre otras razones, con el cribado de cáncer de mama⁴.

En la actualidad, se acepta que la reducción de la mortalidad puede llegar al 30% (cuando se logra una participación en los programas de cribado al menos del 70% de la población diana) y que los fracasos de algunos programas son consecuencia de la baja aceptación por parte de las mujeres o debidos a fallos en la metodología utilizada.

La comisión de expertos de la Unión Europea elaboró unas recomendaciones para el desarrollo de programas de diagnóstico temprano de cánceres de mama y de cuello uterino en Europa^{5,6}. Estas recomendaciones fueron adoptadas en nuestro país en 1993, a través de un Grupo de trabajo del Ministerio de Sanidad y Consumo, proponiendo la realización de una mamografía en mujeres entre 50-65 años, repetida cada 2 o 3 años⁷.

En la Comunidad Valenciana se desarrolla un Programa de Prevención de Cáncer de Mama^{8,9} desde el año 1992, dirigido a mujeres asintomáticas entre 45 y 65 años de edad, y consiste en la realización de mamografías, con intervalos de dos años. Las mujeres son invitadas utilizando como fuente el padrón municipal y/o la tarjeta sanitaria, a través de una carta personalizada, si no acuden a la primera cita, se realiza una segunda citación en el plazo aproximado de un mes.

En la actualidad en nuestra comunidad están funcionando 23 unidades de prevención de cáncer de mama (UPCM), que dan cobertura global a la población diana (aproximadamente 475.000 mujeres entre 45-65 años).

Los resultados obtenidos por el programa hasta el momento se encuentran dentro de las recomendaciones que propone la guía europea para programas de cribado; la participación es superior al 70%^{9,10}. No obstante, en las grandes ciudades, en especial Valencia y también en Alicante, se observa una participación inferior a la esperada y claramente por debajo de las tasas de participación del resto de unidades¹¹.

Ya que para la planificación y gestión de cualquier servicio sanitario que pretenda satisfacer las necesidades de la población que atiende, es de interés conocer la opinión de los no usuarios, en el programa de Prevención del Cáncer de Mama (PPCM) que tiene como objetivo reducir la mortalidad por esta patología en un 30% (para lo cual es necesaria la participación de al menos el 70% de la población diana), conocer los motivos de la no participación es la premisa necesaria para diseñar estrategias tendentes a incrementar la participación en el citado programa. Con esta finalidad nos planteamos el estudio que ahora presentamos.

Métodos

Se ha realizado un estudio observacional transversal, que se ha realizado en mujeres que han sido invitadas a participar en el PPCM de octubre a diciembre de 1999 en la ciudad de Valencia y no han acudido a realizarse la mamografía. Las mujeres se obtuvieron mediante muestreo aleatorio a través de la base de datos del PPCM en dos UPCM, teniendo cada una aproximadamente 25.000 mujeres de población diana. Una de ellas se encontraba en primera vuelta y otra en tercera, siendo la tasas de participación del 59,5 y el 64,5%, respectivamente, frente al 72,8% en primera vuelta y el 77,6% en tercera vuelta en el conjunto de la Comunidad Valenciana.

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó la situación más desfavorable, en la que el porcentaje esperado era del 50%. Asumiendo un error alfa del 5% y una precisión de 5%, se obtuvo una muestra de 386 mujeres. Estimando que en un porcentaje elevado no se podría localizar a la mujer en el domicilio, se dispuso de un 100% más de mujeres para posibles sustituciones. Se definieron como criterios de sustitución las mujeres ilocalizables después de tres visitas en distintos horarios, los errores de padrón, estar de viaje o enfermedad, negativas a responder al cuestionario, fallecidas y casos de cáncer de mama.

La información se obtuvo mediante un cuestionario *ad hoc*, y consistió en una encuesta estructurada mediante entrevista personal y realizada en el domicilio de la mujer por encuestadores adiestrados.

El cuestionario contenía 25 preguntas, que se agrupan en: conocimiento sobre el programa, motivos de la no participación, actitudes o creencias frente a la mamografía y características de las encuestadas (variables socioeconómicas, culturales y edad).

El trabajo de campo se realizó los meses de diciembre de 1999 y enero de 2000; previamente se hizo una prueba piloto de 50 encuestas y a continuación, tras modificar el cuestionario, se realizó la encuesta definitiva. En caso de no localizar a la mujer se realizaron hasta tres visitas en horarios distintos antes de ser sustituida. Se realizó un 5% de comprobaciones telefónicas al azar para verificar el trabajo de campo. Se informatizaron los cuestionarios utilizando el programa Access y se comprobó la calidad de los datos mediante revisión de un 5% de las encuestas. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS. Se llevó a cabo un análisis descriptivo, proporciones e intervalos de confianza (IC) para las variables cualitativas y media y desviación estándar para las variables cuantitativas. Se realizó el análisis descriptivo de las variables referentes a la información sobre el programa y los motivos de no participación. Posteriormente, se realizó un análisis bivalente, introduciendo las variables significativas en el modelo multivariante mediante regresión logística para el cálculo de las *odds ratios* (OR).

Se aplicó la regresión logística para cada variable, utilizando como variables independientes la clase social y el estar siendo revisadas por otros servicios sanitarios con el objetivo de conocer el grado de asociación entre estas variables y las variables dependientes (motivos de no asistencia, conocimiento del programa y estar tomando THS).

Para la definición de la clase social se utilizó la clasificación de la Asociación Española de Estudios de Mercado, Marketing y Opinión, que se obtiene de la combinación del nivel de estudios y la ocupación de la persona principal, excepto los jubilados que se clasifican según el nivel de estudios y nunca en clase alta¹².

Resultados

Se utilizaron un total de 783 direcciones, 153 fueron ilocalizables, 127 errores de padrón, 32 por encontrarse de viaje o enfermas, 16 negativas a la entrevista, 12 fallecidas, 9 casos de cáncer de mama y 23 por otros motivos. Se obtuvieron 411 cuestionarios y se analizaron 361, excluyéndose del análisis los 50 cuestionarios utilizados en la prueba piloto, ya que ésta produjo una modificación del cuestionario.

En el análisis descriptivo se observa que el 86,1% (IC del 95%: 84-94) de las mujeres conocía la existencia del PPCM, de éstas el 84,3% (IC del 95%: 80,4-88,2) lo conoció a través de la carta del programa y el 64,7% (IC del 95%: 59,5-69,8) a través de los medios de comunicación (televisión, prensa y radio). Respecto al conocimiento del programa en la titularidad del servicio prestado por el PPCM el 85,6% (IC del 95%: 81,6-89,4) sabía que era público, pero sólo el 31,1% (IC del 95%: 26,1-36,1) sabía que el programa ofrecía una mamografía cada dos años.

El 93,4% (IC del 95%: 90,3-95,7) recordaba haber recibido una invitación para la realización de una mamografía por el PPCM.

En la valoración de 1 a 5 de los medios que consideraban más adecuados para informarse de la existencia del programa, el mejor valorado con el 4,7 (desviación estándar [DE] 0,55) fue la carta, seguido de la televisión con una puntuación media de 3,4 (DE 1,17).

Sobre los motivos por los que no acudieron al PPCM, el motivo principal fue haberse realizado mamografías previas en otros servicios sanitarios (estudiadas) en el 48,8% (IC del 95%: 43,6-53,9), seguido de diversos motivos personales (enfermedad, estar al cuidado de familiares, estar de viaje, entre otros) en el 16,1% (IC del 95%: 12,3-19,9) y del horario de citación que no les resultó adecuado en el 15,5% (IC del 95%: 11,8-19,2) (tabla 1).

El 72,9% (IC del 95%: 68,3-77,4) consideraba muy importante para su salud participar en el PPCM y el 21,9% (IC del 95%: 17,6-26,1) lo consideraba bastante importante. El 44% (IC del 95%: 39,8-48,3) manifestaba su intención de acudir a la próxima citación.

En cuanto a las características socio-culturales de las encuestadas el 22,8% (IC del 95%: 18,5-27,2) no tenía ningún tipo de estudios, el 35,4% (IC del 95%: 30,4-40,3) tenía estudios primarios y el 10,9% (IC del 95%: 7,6-14,1) tenía estudios universitarios medios o superiores. En lo referente a la clase social, el 19,3% (IC del 95%: 14,2-24,4) de la muestra fue clasificada como clase alta y el 36,8% (IC del 95%: 30,6-43,1) como clase baja.

Tabla 1. Motivos de no participación en el PPCM

Motivos	n = 361*	Porcentaje	IC del 95%
Ya estudiada	176	48,8	(43,6-53,9)
Otros motivos personales	58	16,1	(12,3-19,9)
El horario que me dieron no me venía bien	56	15,5	(11,8-19,2)
Sintió temor	35	9,7	(6,8-13,2)
No se enteró de la citación	29	8,0	(5,4-11,3)
No lo consideró importante para su salud	16	4,4	(2,6-7,1)

* El porcentaje se ha calculado sobre el total de mujeres (361). En 9 casos hubo más de una respuesta. IC: intervalo de confianza.

En el análisis por clase social agrupando la clase media y alta frente a la clase baja (categoría de referencia), se observan importantes diferencias en las siguientes variables: las mujeres de clase media o alta tenían cuatro veces mayor probabilidad de conocer el programa: OR 4,23 (IC del 95%: 2,13-8,41) y llevar tratamiento hormonal sustitutivo (THS); OR, 4,26 (IC del 95%: 1,99-9,14).

En cuanto al motivo principal de no asistencia también se observan diferencias: en las mujeres de clase media o alta es el estar estudiada por otros servicios sanitarios y en las mujeres de la clase baja el temor, no considerarlo importante para su salud y problemas de accesibilidad horaria (tabla 2).

Sobre la importancia del PPCM para su salud, que se puntuó de 0 a 10, hay diferencias en la puntuación media; de 8,28 (DE, 3,05) para la clase social baja y de 9,45 (DE, 1,49) en la clase media o alta ($p < 0,001$).

Cuando se analiza a las mujeres que han sido estudiadas fuera del PPCM (no estudiadas: categoría de referencia), se observa que están más relacionadas con las que llevan tratamiento hormonal sustitutivo, son de nivel cultural medio o alto y pertenecen a los grupos de edad más jóvenes.

Para identificar las variables que explican la mayor probabilidad de haberse realizado previamente una mamografía fuera de la UPCM, que es el principal motivo de la no participación, se realiza un análisis multivariante y se confirma que las variables que entran en el modelo son: el tratamiento hormonal sustitutivo, la clase social y el nivel cultural, de tal forma que aquellas mujeres de clase social media o alta, que llevan THS y de nivel cultural medio o alto, tienen mayor probabilidad de estar estudiadas (tabla 3).

Discusión

Según todos los estudios realizados, el factor que explica en mayor medida la utilización de los servicios sanitarios es la «necesidad percibida», es decir, el sín-

VARIABLES DEPENDIENTES	OR	IC del 95%	p
No se enteró de la citación	0,95	0,45-2,05	> 0,05
Sintió temor ante la realización de mamografía	0,20	0,08-0,48	< 0,001
No lo consideró importante para su salud	0,19	0,05-0,69	< 0,05
El horario le resultó inadecuado	0,50	0,27-0,91	< 0,005
Está estudiada en otros servicios	4,14	2,65-6,45	< 0,0001
Otros motivos	0,16	0,34-1,08	> 0,05

*Odds ratio (OR) entre clase social media o alta frente a clase baja (categoría de referencia).

VARIABLES	OR cruda	OR ajustada	IC del 95%
Edad			
45-54 años	1,65	1,13	0,70-1,84
55-65 años*			
Tratamiento hormonal sustitutivo			
Sí	6,74	4,83	2,02-11,54
No*			
Nivel cultural			
Sin estudios o primarios*	4,13	2,03	1,07-3,84
Medios o superiores			
Clase social			
Baja	4,14	2,19	1,19-4,04
Media y alta			

*Categorías de referencia. OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza.

toma es el motivo de la demanda, pero en los individuos asintomáticos «presuntamente sanos» es obvio que esto no explica la utilización.

Ya los primeros investigadores que estudiaron el comportamiento de los individuos con respecto a la utilización de los servicios preventivos elaboraron un modelo teórico que ha sido el más utilizado hasta la actualidad: «modelo de salud basado en las creencias» y que determina que la utilización está condicionada por las creencias del individuo con respecto a: a) su propia susceptibilidad a padecer la enfermedad que se pretende prevenir y la gravedad de ésta; b) la influencia beneficiosa de las acciones preventivas recomendadas, y c) las dificultades o barreras superables para llevar adelante estas acciones. Las variables sociodemográficas modificarían los patrones de utilización a partir de su influencia sobre estas creencias.

Dicho modelo se ha validado mediante programas de intervención que han demostrado que existe un mayor empleo de estos servicios cuando se diseñan mensajes dirigidos a cambiar las creencias de la población en cuanto a susceptibilidad, gravedad y eficacia de la intervención^{13,14}.

En lo referente a la prevención del cáncer de mama, diversos estudios han demostrado que el acceso a la mamografía está influido por diferentes factores como características sociodemográficas, factores sociosanitarios y las actitudes y el conocimiento de la mujer sobre el cáncer de mama y la mamografía¹⁵.

En el presente estudio el temor a la realización de la mamografía y no considerarlo importante para su salud, que forma parte de las actitudes y creencias ante este programa, se encontraron asociados con la clase social baja.

La mejor estrategia para obtener información sobre las creencias acerca de la prevención del cáncer de

mama y las dificultades o barreras para la participación entre las no usuarias, es la encuesta domiciliaria con entrevista personal, pero el principal inconveniente es su elevado coste; esto se ha minimizado mediante la selección de la muestra, en la que no se ha buscado representatividad por distritos, ni por UPCM si no que se ha considerado como población muestral la totalidad de las mujeres que no han participado en el PPCM en la ciudad de Valencia. Otra de las precauciones que se ha tomado para una mayor representatividad ha sido disponer de una muestra amplia para sustituciones, no sólo para aquellas mujeres que no responden a la encuesta, que en nuestro estudio han sido mínimas (16 mujeres), sino por las ilocalizables después de tres visitas y los errores del padrón.

En lo referente a los errores de padrón, estas mujeres no han recibido la carta de citación, por lo que nada hace pensar que su actitud, en cuanto al porcentaje de participación como a los motivos de no participar, sea distinta de la que se ha observado en el presente estudio. En cuanto a las mujeres ilocalizables, esto podría introducir un sesgo en el estudio, al estar menos representadas las mujeres con mayor actividad fuera del hogar; en este caso no podemos afirmar que los motivos de no participación se distribuyeran como los aquí obtenidos. Otro aspecto que se debe tener en cuenta es el sesgo de memoria, que se ha controlado realizando la encuesta como máximo dos meses después de haber recibido la mujer la citación. Con respecto al posible sesgo producido por el entrevistador se ha controlado con el adecuado adiestramiento y la limitación a dos del número de encuestadoras. Por todo lo expuesto, los resultados obtenidos en este estudio son sólo extrapolables a la ciudad de Valencia.

La distribución por clase social en nuestra muestra no se corresponde con la población general, ya que en el presente estudio, la clase alta representa el 19,3% de la muestra frente al 6,8% en el global de la Comunidad Valenciana y la clase baja supone el 36,8% de la muestra frente al 10,1% global de la Comunidad¹². Este hecho indica que entre las no participantes nos encontramos con dos bloques de población diferentes en cuanto a características socioeconómicas y también en cuanto a motivos de no participación, polarizándose en los extremos de la clasificación por nivel socioeconómico.

Analizando por separado estos dos grupos de población, se confirma que existen diferencias claras sobre la información que disponen del programa, la utilización de THS y el haberse realizado mamografías antes de ser invitadas por el programa –mayores porcentajes en las mujeres de clase social alta respecto a las de clase social baja–. Esta información concuerda con la de otros estudios, como el realizado por la Comunidad de Madrid¹⁶, que encuentra diferentes hábitos preventivos, incluida la realización de mamografías, en relación con la clase social.

Nos encontramos, por tanto, frente a dos perfiles de mujeres que no participan, uno pertenece a la clase social media o alta, con un nivel de estudios medios o superiores que toman THS y que están siendo revisadas por otros centros sanitarios, y otro grupo de mujeres con nivel socioeconómico bajo, con estudios primarios, que no toman THS, y cuyo motivo de no participación es temor, no considerarlo importante para su salud y las dificultades de horario.

El perfil de las mujeres que no acuden porque ya están revisadas por otros centros sanitarios parece tener relación con una determinada actitud e información ante la utilización de los servicios sanitarios preventivos, y claramente coincide con mujeres de clase media o alta, con nivel de estudios medios o superiores, más jóvenes y que utilizan THS.

Puesto que conseguir un alto grado de participación en programas de cribado poblacional bien estructurados y con sistemas de garantía de calidad parece que sigue siendo, hoy día, el mejor instrumento para disminuir la mortalidad por cáncer de mama⁴, estos estudios son muy útiles para determinar en qué aspectos habría que incidir para mejorar lo más posible el nivel de participación.

Las conclusiones extraídas de este estudio han permitido ajustar los mensajes de las campañas publicitarias, incidiendo en la importancia de participar para mejorar su salud e informando en qué consiste el programa, con el objetivo de actuar sobre las creencias y los temores negativos, estimulando a que acudan al PPCM aunque ya tengan mamografías previas; este mensaje también se ha incluido en las cartas de citación donde, además, se informa que se podrá cambiar la cita, si en el día o la hora en que han sido invitadas no pueden acudir.

Estos mensajes también se difunden a través de la sensibilización que se realiza con asociaciones de mujeres y profesionales de atención primaria. Algunos autores^{17,18} ya han estudiado la importancia del papel del médico general en la captación de la no respuesta y como estrategia efectiva para la información y mayor participación de las mujeres en los programas de cribado de cáncer de mama; en este estudio se ha valorado por las mujeres como un medio adecuado para recibir información.

El THS también tiene un papel importante en que las mujeres estén estudiadas y en este aspecto habría que incidir fundamentalmente en los médicos ginecólogos consensuando criterios respecto a la indicación de la mamografía. Finalmente, el seguimiento de las tasas de participación en el PPCM en la ciudad de Valencia es el instrumento para evaluar la eficacia de estas intervenciones en el futuro.

Agradecimiento

Este estudio ha sido financiado por la beca EVES 033/1999.

Bibliografía

1. Parkin DM, Whelan SL, Ferlay J, Raymond L, Young J. International Agency for Research on Cancer World Health Organization. Cancer incidence in five continents Vol. VII. Lyon: IARC Scientific Publications n.º 143, 1997.
 2. López-Abente G, Pollán M, Escolar A, Errezola M, Abaira V. Atlas de mortalidad por cáncer y otras causas en España 1978-1992. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, 2001.
 3. Conselleria de Sanitat i Consum. Análisis de Mortalidad por Áreas de Salud de la Comunidad Valenciana. Valencia: Monografías Sanitarias Serie F. Estadísticas [en prensa].
 4. Blanks RG, Moss SM, McGahan CE, Quinn MJ, Babb PJ. Effect of NHS breast screening programme on mortality from breast cancer in England and Wales, 1990-8: comparison of observed with predicted mortality. *Br Med J* 2000; 321:665-9.
 5. Programa EACP. Europa contra el Cáncer. European Guidelines for Quality Assurance in mammography Screening. Luxembourg: Europe against Cancer Programme. European Commission, 1992.
 6. Programa EACP. Europa contra el Cáncer. European Guidelines for Quality Assurance in mammography Screening. Europe against Cancer Programme. European Commission, Luxembourg: 1996.
 7. Ascunze N, González-Enríquez J, González-Navarro A, Herranz C, Marqués A, Martín J. Criterios generales y recomendaciones para la elaboración de programas de detección precoz de cáncer de mama y de cérvix uterino en España. *Rev San Hig Publ* 1993;67:23-7.
 8. Conselleria de Sanitat. Programa de Prevención de cáncer de mama. Monografies sanitàries Serie E, n.º 25. Valencia: Conselleria de Sanitat, 1998.
 9. Salas D, Moya C, Herranz C, Ibáñez J, Miranda J, Polo A, et al. Programa de Prevención de Cáncer de Mama de la Comunidad Valenciana: Resultados 1992-1993. *Rev San Hig Pub* 1995;69:59-69.
 10. Herranz C, Salas D, Cuevas D, Miranda J, Ibáñez J, Ruiz Perales F, et al. Programa de Prevención del Cáncer de Mama en la Comunidad Valenciana. Resultados 1992-1996. *Neoplasia* 1998;15:45-51.
 11. Conselleria de Sanitat i Consum. Programa de Prevención de cáncer de mama. Resultados de la 1.ª serie de cribado de cinco unidades de prevención de cáncer de mama. *Informes de salud*, n.º 29. Valencia: Conselleria de Sanitat i Consum, Valencia, 1996.
 12. Asociación para la investigación de medios de comunicación. Estudio general de medios 2001. Disponible en: <http://www.aimc.es/>
 13. Aranda JM, Burgos ML, Espinosa JM. Estrategias para adecuar la utilización de los servicios preventivos y de promoción de la salud. En: Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud. Monografías Clínicas en Atención Primaria n.º 7. Barcelona: Barcelona, 1991.
 14. Sevilla E. Factores que intervienen en la utilización de los servicios preventivos. En: Factores que intervienen en la utilización de los servicios de salud. Monografías Clínicas en Atención Primaria n.º 7. Barcelona: Doyma, 1991.
 15. Luengo S, Azcona B, Lázaro P, Madero R. Programas de detección precoz del cáncer de mama y acceso a la mamografía en España. *Med Clin (Barc)* 1997;108:761-5.
 16. Dirección General de Prevención y Promoción de la Salud. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Comunidad de Madrid. La Menopausia en la Comunidad de Madrid. Aspectos sociosanitarios. Documento Técnico de Salud Pública n.º 41, Comunidad Autónoma de Madrid, 2001.
 17. Giorgi D, Giordano L, Senore C, Merlino G, Negri R, Cancian M, et al. General practitioner and mamographic screening uptake: influence of different modalities of general practitioner participation. *Working Group. Tumori* 2000;86:124-9.
 18. Clover K, Redman S, Forbes J, Sanson Fisher R, Callaghan T. Two sequential randomized trials of community participation to recruit women for mamographic screening. *Prev Med* 1996; 25:126-34.
-