

Estudio sobre la participación de las mujeres en los
Programas de Cribado de Cáncer de Mama



Dossier de prensa

Estudio sobre la participación de mujeres en los Programas de Cribado de Cáncer de Mama

El cáncer de mama representa la primera causa de mortalidad por cáncer en la mujer. La mayoría de casos se diagnostican entre los 35 - 80 años, existiendo una mayor incidencia de casos entre los 45 - 65 años, siendo éste el intervalo de edad donde se focalizan los programas de detección precoz del cáncer de mama¹.

A pesar de los programas de cribado que las diferentes CCAA ponen en marcha y de las altas posibilidades de curación ligadas a un diagnóstico precoz, existe un porcentaje de mujeres en edad de riesgo que no acuden a las campañas de cribado del cáncer de mama. Estas son las mujeres objeto de estudio en este proyecto.

El estudio realizado busca cubrir los siguientes **objetivos**:

1. Analizar la participación en los programas de cribado de cáncer de mama a nivel nacional y por CCAA.
2. Determinar los motivos por los que un porcentaje de mujeres opta por no realizarse una mamografía con la regularidad aconsejada pese a estar en el rango de edad en el que aumenta el riesgo de un diagnóstico positivo de cáncer de mama.
3. Identificar las características/perfil de las mujeres que no acuden a realizarse una mamografía con la regularidad recomendada.

La finalidad de este proyecto se centra en recoger y analizar la información con el objetivo de llegar a estas mujeres para contrarrestar e incluso “invalidar” los frenos que exponen, posibilitando una mayor conciencia de la importancia del cribado para conseguir su adhesión y participación.

Metodología de trabajo:

1. Encuesta Nacional de Salud publicado en enero de 2010^{2,3}

Realización de las mamografías por CCAA según rangos de edad recomendados.

Describir el uso de mamografías según variables sociodemográficas.

Identificar las variables – sociodemográficas, socioeconómicas y de estado de salud – asociadas al uso de las mamografías.

2. Estudio Ad - hoc⁴
 - i. Estudio cualitativo: indagar en los aspectos personales, racionales y emocionales de la no realización de mamografías. Identificar los beneficios a comunicar que podrían contrarrestar estos frenos.
 - ii. Estudio cuantitativo: identificar los distintos perfiles de las mujeres según sus razones para no realizarse las mamografías con regularidad, así como dimensionar la potencialidad de los frenos encontrados en el estudio cualitativo.

¹ La edad recomendada de participación en los programas de cribado varía entre CCAA siendo común el rango de 50 a 64 años y habiendo comunidades que empiezan a los 45 y otras que terminan a los 69 años

² Para la realización de este análisis se ha contado con la colaboración de: Belén Sanz Barbero, Escuela Nacional de Sanidad, isciiii, Madrid; María Victoria Zunzunegui, Université de Montréal, Canadá; Maurece Sopacua, Universidad de Groningen, Netherlands; Alfredo Oswaldo Borda, isciiii, Madrid

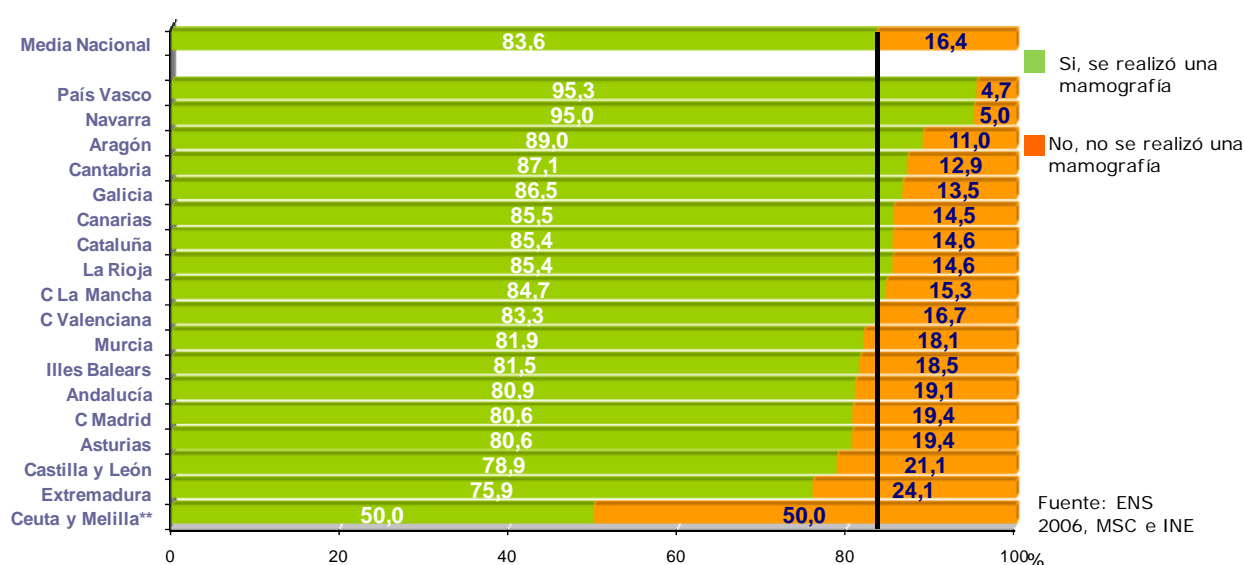
³ Ver ANEXO I en este informe para ficha técnica

⁴ Estudio realizado por Advira Health, ver metodología del estudio en ANEXO III

Principales conclusiones del estudio:

Según los resultados obtenidos de la ENS, ocho de cada diez mujeres, dentro del rango de edad estudiado, se realizaron una mamografía en los últimos dos años como se recomienda en los programas de cribado. En el gráfico 1 se muestra un análisis descriptivo del uso de mamografías en los últimos dos años por CCAA de residencia donde se pueden observar diferencias entre unas comunidades y otras. Aún habiendo diferencias se puede concluir que prácticamente la mayoría, a excepción de Ceuta y Melilla⁵, tiene porcentajes de participación superiores al 75%. Este dato es considerado como una participación alta en los programas de cribado y lo que viene a decir es que las mujeres han implantado, en mayor o menor medida, la prueba de la mamografía dentro de sus revisiones periódicas.

Gráfico 1: Mujeres que se han realizado una mamografía en los últimos dos años por CCAA



Las variables sociodemográficas y socioculturales incluidas en la ENS nos permiten entender mejor los perfiles de mujeres que hacen uso/no uso de mamografías. A través de un estudio analítico por medio de análisis univariante y multivariante se pueden sacar las siguientes conclusiones⁶:

- Las mujeres residentes en España han integrado la mamografía como una práctica dentro de sus revisiones periódicas.
- Dos tercios de las mujeres que se han realizado una mamografía en los últimos dos años afirman haberlo hecho tras recibir una invitación del sistema de citación de un programa de cribado de cáncer de mama. El ginecólogo también es una fuente de referencia del uso de mamografías.
- Persisten ciertas desigualdades en la utilización de las mamografías en algunos grupos de mujeres. Las mujeres que refieren menor frecuencia de mamografías pertenecen a los siguientes grupos:

⁵ El reducido tamaño muestral alcanzado en Ceuta y Melilla hace que estos datos deban ser interpretados con cautela

⁶ Para un análisis más en profundidad mirar informe adjunto “Uso de las mamografías en España. Análisis de la ENS 2006” y/o ANEXOS I y II de este informe

- cuidadoras de personas con discapacidad
 - nacidas fuera del territorio español
 - bajo nivel de educación
 - mujeres que tienen únicamente cobertura sanitaria pública
- Las mujeres que sufren varias enfermedades crónicas tienen mayores probabilidades de realizarse una mamografía que aquellas mujeres que no sufren estos trastornos crónicos.
 - Los datos obtenidos por CCAA han de ser considerados con cautela ya que el gran número de categorías de esta variable hace que los intervalos de confianza sean grandes. Como se puede ver en el gráfico 1, ya en el análisis descriptivo se podían apreciar diferencias en el uso de las mamografías, si bien el estudio analítico muestra que esta variable geográfica no es de las más concluyentes a la hora de describir el perfil de la mujer que no hace uso de las mamografías al no encontrarse asociaciones estadísticamente significativas.

Confirmado que existe un porcentaje de mujeres que no se realizan mamografías con la frecuencia aconsejada, el estudio ad hoc nos permite profundizar en las razones que llevan a estas mujeres a no participar en los programas de cribado de cáncer de mama.

Es importante partir de la base de cómo se entiende el concepto de salud. Las mujeres entrevistadas conceptualizan la salud desde la globalidad, la unión de varios factores: genética (*“te viene dada”*), por un cuidado proactivo de la propia persona (determinados hábitos que repercuten en la salud) y de la acción médica junto con una actitud psicológica y espiritual (que va a determinar las distintas actitudes a la hora de afrontar la vida).

Llevando estas percepciones al ámbito médico se detecta una interiorización diferente que nos permite ir definiendo los dos perfiles de mujeres analizados, mujeres que sí se hacen mamografías con la frecuencia recomendada y mujeres que no. Estas últimas tienden a ubicar la prevención en el contexto de la enfermedad, de una búsqueda activa de problemas (*“si vas, seguro que te encuentran algo”*), para ellas los controles médicos llegan a suponer una fuente de ansiedad en ocasiones⁷ y, en algunos casos, se ha detectado una pérdida de confianza en el ámbito médico por malas experiencias previas. Por el contrario, podemos encontrar un perfil de mujeres opuesto, aquellas que ubican la prevención dentro del ámbito de la salud y los controles médicos como fuente de tranquilidad.

Las connotaciones asociadas al cáncer son prácticamente en su mayoría negativas (*“es la peste del siglo XXI”*). En el caso concreto de un cáncer de mama se acrecientan algunas percepciones como la frecuencia (*“es una plaga”*), el pre determinismo (*“es una lotería”*) y las mutilaciones, cobrando protagonismo en el discurso la mastectomía. Pero no todas las percepciones son tan derrotistas, se positivizan argumentos como: curación/supervivencia (*“muchas mujeres se curan”*), se han oído más avances en investigación que en otros tumores, por lo que se otorga cierta esperanza e incluso la posibilidad de conseguir diagnósticos precoces.

Tabla 1: Análisis multivariante del uso de mamografías en los últimos dos años

⁷ En la fase cuantitativa se realizó un análisis Cluster que dio lugar a dos perfiles de mujeres; ambos grupos se caracterizaban por el miedo ante un posible diagnóstico, si bien la diferencia era la intensidad de ese miedo. El 60% de la muestra pertenece al grupo de mujeres denominado “con más miedo a un posible diagnóstico de cáncer de mama”; de ellas, un 40.5% afirman no realizarse ningún tipo de revisión periódica, y sólo 3 de cada 10 se realizan una revisión ginecológica con periodicidad

Fuente: ENS 2006, MSC e INE

VARIABLES	CATEGORÍA	p	OR	IC 95%	
				Inf	Sup
EDAD	45-54 años (referencia)		1.00		
	55-64 años	0.032	1.32	1.02	1.71
	65-74 años	0.850	1.04	0.70	1.53
LUGAR DE ORIGEN	Extranjero (referencia)		1.00		
	Español	0.000	3.69	2.36	5.78
CONVIVENCIA EN PAREJA	no (referencia)		1.00		
	sí	0.000	2.27	1.78	2.90
DISCAPACITADOS EN EXCLUSIVA A SU CARGO	no (referencia)				
	sí	0.044	0.56	0.32	0.98
¿TIENE ESTUDIOS?	no (referencia)				
	sí	0.035	1.43	1.03	1.99
ENFERMEDADES CRÓNICAS	ninguna (referencia)		1.00		
	una	0.01	1.67	1.15	2.40
	más de una	0.00	2.17	1.55	3.05
COBERTURA SANITARIA PÚBLICA EXCL.	no (referencia)		1.00		
	sí	0.000	0.42	0.27	0.67
COMUNIDAD AUTÓNOMA	Andalucía (referencia)		1.00		
	Aragón	0.037	1.81	1.04	3.14
	Principado de Asturias	0.687	0.90	0.53	1.52
	Illes Balears	0.900	1.04	0.59	1.82
	Canarias	0.072	1.82	0.95	3.49
	Cantabria	0.054	1.76	0.99	3.13
	Castilla y León	0.770	0.93	0.58	1.50
	Castilla La Mancha	0.284	1.36	0.77	2.40
	Cataluña	0.306	1.30	0.79	2.14
	Comunidad Valenciana	0.216	1.34	0.84	2.13
	Extremadura	0.262	0.69	0.36	1.32
	Galicia	0.190	1.32	0.87	2.01
	Comunidad de Madrid	0.692	0.91	0.56	1.46
	Región de Murcia	0.804	1.06	0.65	1.73
	Comunidad Foral de Navarra	0.000	4.39	2.26	8.52
	País Vasco	0.001	4.03	1.71	9.48
La Rioja	0.137	1.65	0.85	3.21	
Ceuta y Melilla	0.003	0.35	0.17	0.69	

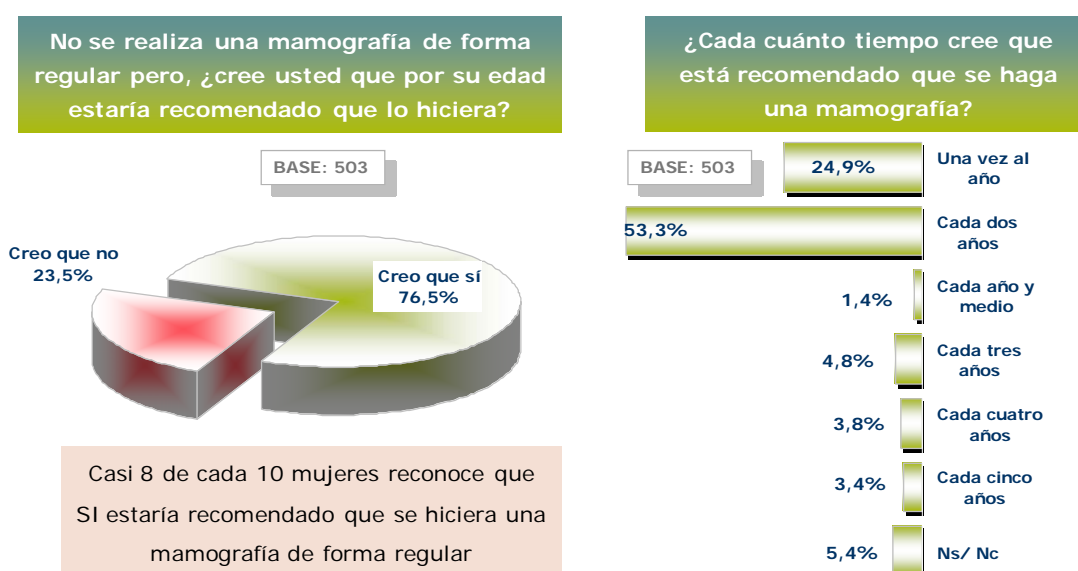
Sabiendo que, de manera general, las mujeres reconocen la importancia de un diagnóstico precoz para conseguir la curación, se debe seguir profundizando para conocer las diferencias que llevan a las distintas actitudes frente a las mamografías.

La opinión y actitud difiere en función de en qué argumentos se ponga el acento. Aquellas mujeres que no se realizan las mamografías con la frecuencia recomendada hacen hincapié en un marcado pre determinismo asociado a la frecuencia (*“si me toca me ha tocado”*) acompañado de actitudes como miedo al diagnóstico, no querer emprender una búsqueda activa y una percepción de riesgo disminuida debido a su edad o ausencia de conductas de riesgo. Sin embargo, aquellas que participan en los programas de cribado centran sus argumentos en la posible curación o supervivencia, en la posibilidad de un diagnóstico precoz, tienen una percepción de riesgo de sufrir un cáncer de mama no disminuida pero no niegan la posibilidad de que pueda ocurrir y lo afrontan con racionalidad.

La mamografía es conocida y temida de manera general por todas las mujeres, es vista como una prueba incómoda y por las connotaciones que tiene. El proceso en sí ya resulta poco amigable, llegando a generar cierto grado de angustia que se acrecienta en las mujeres que no se realizan periódicamente las pruebas. De las mujeres entrevistadas en la fase cualitativa se aprecian dos visiones muy distintas sobre la prueba:

- Las mujeres que sí participan en los programas de cribado priorizan los beneficios aportados por la prueba a través de una tranquilidad buscada de que todo está bien y/o poder actuar con tiempo en el caso de que hubiera un diagnóstico positivo.
- Aquellas mujeres que no se realizan mamografías con frecuencia priorizan el proceso en sí, la angustia vivida (si el resultado es negativo *“esto ya lo sabía y no compensa el mal rato pasado”*) y el miedo a que el diagnóstico sea positivo. Ninguna de las mujeres alude al no conocimiento de la importancia de la prueba, sino que lo que hacen es relativizar su importancia y/o cuestionar los plazos/frecuencia.

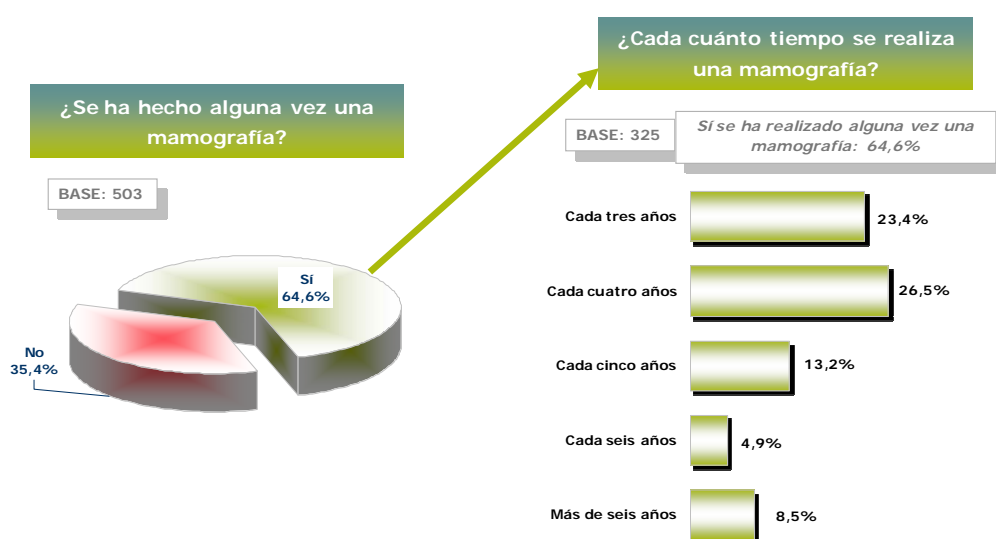
Gráfico 2: Conocimiento de la recomendación y frecuencia de las mamografías entre las mujeres que no participan en los programas de cribado



Fuente: Estudio *“Frenos hacia las pruebas de cribado para el diagnóstico precoz del cáncer de mama”*, trabajo de campo mayo-junio 2010, n = 503 mujeres que no se realizan una mamografía con la frecuencia recomendada. Realizado por Advira Health

Como se puede apreciar en el gráfico 2, el 76.5% de las mujeres que no se realizan una mamografía con la frecuencia aconsejada conocen que sí le está recomendada esta prueba por su rango de edad. Un 25% de ellas piensa que la frecuencia recomendada es una vez al año y un 53% cree que debería de hacerse cada dos años. Es decir, estas mujeres saben que está recomendado y conocen la información, pero finalmente priman otras razones que las llevan a decidir no pasar por la prueba o hacerlo con menor frecuencia, como se puede observar en el gráfico 3.

Gráfico 3: Frecuencia de realización de las mamografías entre las mujeres que no participan en los programas de cribado



Fuente: Estudio "Frenos hacia las pruebas de cribado para el diagnóstico precoz del cáncer de mama", trabajo de campo mayo-junio 2010, n = 503 mujeres que no se realizan una mamografía con la frecuencia recomendada. Realizado por Advira Health

Principales razones de las mujeres para no aceptar la regularidad aconsejada de las mamografías.

Partiendo de que la mayoría de las mujeres entrevistadas conocían que la mamografía está recomendada, las razones alegadas buscaban justificar su forma de actuar con argumentos racionales para apoyar su resistencia – resistencia a aceptar la regularidad de la mamografía:

1. Miedo al diagnóstico: para una parte de ellas esta es la base de su actitud. Presentan una marcada vinculación cáncer-muerte (*"prefiero no saberlo"*), un fuerte pre determinismo (*"es cuestión de que te toque o no"*), miedo a una búsqueda activa y una idea de prevención más asociada a la enfermedad que a la salud (*"la mamografía no previene que lo tengas, si lo tienes, lo tienes"*).
2. Ausencia de señales de alarma: si no hay signos no hay riesgo. Existe una percepción de riesgo disminuida entre las entrevistadas basada en la creencia de que a partir de cierta edad hay menos riesgo. Todo ello influenciado por la ausencia de conductas de riesgo.
3. Se aprecia una pérdida de credibilidad en el beneficio de las mamografías, percepción de vulnerabilidad "inter mamografías". Conocer casos concretos en los que al poco tiempo de una mamografía con resultados negativos se ha diagnosticado un cáncer de mama,

fomenta aludir a este argumento como razón para su no regularidad. El beneficio de la prueba se ve diluido, se pierde el concepto de detección precoz y protección.

4. Estas mujeres encuentran una falta de homogeneidad en las pautas que se aconsejan. Percepción de falta de consenso entre sanidad pública y privada (mientras que en el primero la frecuencia es cada dos años en el segundo es anual) y entre los distintos especialistas, en especial referencia a los ginecólogos. Una falta de consenso que “se utiliza” como argumento para no respetar las pautas recomendadas, una falta de consenso que “conecta” con el deseo de muchas mujeres de adaptar la frecuencia de las pruebas a cada circunstancia personal.
5. Interferencias sobre la credibilidad de la prueba, en parte alimentadas por la falta de consenso y en parte por otras interferencias: intereses económicos (cada uno o dos años dependiendo si es privado o público) e intereses políticos (*“cuando hay elecciones cerca insisten más...”*). También se duda de la mamografía cuestionando su eficacia, se encuentran argumentos racionales que afirman que a muchas mujeres tras una mamografía “dudosa” les recomiendan la realización de una ecografía transmitiendo la idea de mayor eficacia. Nuevamente, se refuerza el recurrir a criterios económicos para argumentar por qué se recomienda la mamografía en lugar de la ecografía.
6. Tendencia a exculparse aludiendo a “trabas” del sistema y organización: demoras en las citas, tiempos de espera, rigidez de los programas. Son argumentos que se tienden a contemplar aludiendo a la “dejadez” (*“lo vas dejando pasar”, “nunca encuentras el momento”*).
7. Podemos encontrar, en menor medida, otros argumentos racionales utilizados para avalar su decisión como es el miedo a la radiación.

A todas estas razones hay que añadir que están avivadas por la realidad de una prueba “poco amigable” para las mujeres.

Conclusiones finales

La gran mayoría de las mujeres se han realizado, alguna vez, una mamografía. Todas ellas son conscientes de que esta prueba está recomendada para ellas, la mayoría conocen la frecuencia recomendada, si bien no la siguen, alargando los tiempos entre una mamografía y otra. Este rechazo a la realización – rechazo enfocado hacia la frecuencia - de la mamografía, es reflejo de sus sentimientos en cuanto a un posible diagnóstico de cáncer de mama. La principal diferencia entre las mujeres que se hacen con regularidad la prueba frente a las que no, es que mientras para unas estas revisiones suponen una fuente de tranquilidad, una confirmación de que todo está bien (es decir, prima el beneficio de la mamografía), para otras prima la ansiedad y el miedo a un posible diagnóstico (el beneficio queda a un lado). Estas mujeres se justifican con argumentos racionales de su entorno, resaltan la falta de consenso, la falta de credibilidad de la prueba y una no unificación en cuanto a los consejos/recomendaciones.

Los mensajes a comunicar, cuyo objetivo es el de concienciar a las mujeres del beneficio de realizarse una mamografía con regularidad, deben ir encaminados a transmitir el beneficio de la prueba, combatir el pre determinismo con proactividad, y el miedo al diagnóstico ha de ser una barrera a superar. En la medida de lo posible, habría que mejorar el “entorno” con el fin de minimizar el desagrado de la realización de la prueba en sí, facilitando a su vez los trámites y evitando trabas burocráticas.

OBSERVATORIO DEL CÁNCER DE LA aecc

La Asociación Española Contra el Cáncer (**aecc**), a través de su Fundación Científica, ha creado el Observatorio del Cáncer con el objetivo de fomentar en la sociedad el conocimiento que existe sobre esta enfermedad: investigaciones en activo, avances en oncología, situación de los afectados en España y servicios disponibles para las familias y allegados.

Uno de los grandes objetivos de la **aecc** a la hora de crear este organismo es que todos sus proyectos estén coordinados junto a agentes científicos y médicos, además de que toda esta información trascienda a la sociedad produciéndose una transferencia efectiva del conocimiento entre unos y otros. De esta forma, los avances en oncología pueden ser adecuadamente trasladados a los ciudadanos de forma directa por los propios profesionales médicos.

Al servicio de los ciudadanos

En este sentido, el Observatorio del Cáncer es una plataforma de diagnóstico de la situación del cáncer en España y de las conductas sociales que este provoca. Un medio para la difusión de información basada en interlocutores fiables, multidisciplinares y profesionalizados.

La creación de este Observatorio del Cáncer **aecc** tiene su origen en la demanda de la sociedad, cada vez mayor, de una información oncológica válida, útil, rigurosa, transparente y fiable. El escaso flujo de comunicación que llega al ciudadano acerca de las investigaciones e iniciativas llevadas a cabo en este campo demandaba urgentemente un organismo que realizase este cometido.

¿En qué se diferencia de otros proyectos similares?

El Observatorio del Cáncer de la **aecc** funciona a través de tres herramientas básicas de recopilación de datos y estudios oncológicos: el Oncobarómetro, con la colaboración del Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS), destinado a crear una imagen real y actualizada de la actitud que posee la sociedad ante el cáncer; estudios puntuales de los hábitos y costumbres de la población de cara a concienciarse sobre la prevención del cáncer; y por último, análisis de las investigaciones médicas que se están realizando en este campo para seguir recopilando información al respecto.

Por lo tanto, este proyecto se diferencia de cualquier otro anterior por ahondar en la vertiente más psico-social del cáncer, lo que lo convierte en nexo de unión entre la sociedad y los profesionales de oncología. Además, desde este organismo se intenta fomentar y potenciar la prevención promoviendo activamente un cambio en los hábitos de cada uno desde la información válida, útil, rigurosa, transparente y fiable para todos los colectivos.

ENTIDADES REPRESENTADAS EN EL ENCUENTRO INFORMATIVO

Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria (SESPM)

La **Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria (SESPM)**, creada hace más de veintinueve años, está compuesta por cerca de 1.200 miembros, todos ellos licenciados universitarios en Ciencias de la Salud y dedicados en sus diferentes especialidades al diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama y al resto de patologías mamarias. Para su gobierno interno, está dotada de una **Junta Directiva** que está compuesta por: Presidente, tres Vicepresidentes, Secretario y Vicesecretario, Tesorero y siete Vocales. Estos cargos se renuevan por elección en Asamblea General, en candidaturas abiertas y por mitad cada dos años, de manera que los mandatos lo son por cuatro.

La **Sociedad dispone de una Fundación benéfica** y cultural, de carácter particular y privado sin ánimo de lucro que se rige por sus propios Estatutos y que puede desarrollar su actividad en todo el ámbito nacional. Dentro de sus objetivos está el de fomentar el desarrollo de la enseñanza e investigación de la senología, así como facilitar y promocionar la labor de los profesionales que la ejercen, dotando de becas y premios a distintos beneficiarios, todos dedicados a la investigación, estudio y tratamiento de las patologías mamarias y en especial del cáncer de mama (**art. 7º**).

La actividad benéfica y asistencial de la fundación se ejercerá mediante el establecimiento de ayudas que podrán ser totales o complementarias y, asimismo, se podrán establecer concursos, becas y cursos de divulgación para la realización de su finalidad propia (**art. 8º**). El cumplimiento de los fines fundacionales está controlado por el **Protectorado de Fundaciones** según el art. 29 de la Ley 30/1994 del 24 de noviembre.

Con este esquema operativo la SESPМ ha relanzado sus actividades según el diseño que elabora la Presidencia a través de la Junta Directiva y con el apoyo de los miembros de la Sociedad. Para ello se cuenta con el apoyo de instituciones públicas y de la industria farmacéutica a través de la **Ley de Régimen Fiscal** de las entidades sin fines lucrativos y de los incentivos fiscales al Mecenazgo (Ley 49/2002 de 23 de Diciembre).

Las principales líneas de actuación de la SESPМ están basadas en:

1.- Medios de Comunicación

- Revista de Senología y Patología Mamaria
- Web
- Plan de Comunicación

2.-Promoción a la Investigación

- Fondos de Investigación
- Premios
- Proyectos de Investigación compartidos con otras entidades
- Proyectos de Investigación propios
- Producción científica

3.- Formación continuada

- Congresos
- Cursos
- Consensos
- Estancias en centros de referencia. Formación tutorizada

4.- Sección de Enfermería y Técnicos de Senología

5.- Colaboraciones con otras Sociedades

6.- Convenios de Colaboración con otras entidades

7.- Desarrollo de Proyectos para la sociedad en general y en particular para las mujeres

Federación de las Sociedades de Ginecología y Obstetricia de las Comunidades Autónomas de España (SEGO)

La **SEGO** es la **Federación de las Sociedades de Ginecología y Obstetricia de las Comunidades Autónomas de España**. Con sus más de 120 años de existencia tiene el privilegio de ser la Sociedad Científica más antigua de nuestra especialidad en toda Europa. Fue fundada en Madrid el 14 de junio de 1874, bajo la presidencia del Dr. Francisco Alonso Rubio, con objeto de " estudiar a la mujer en los diferentes estados de su organismo". En 1987, con ocasión del XXIII Congreso Español celebrado en Oviedo, cambió la anterior denominación de Asociación de Ginecólogos Españoles (AGE) por el actual de **Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)**.

Según especifican sus actuales Estatutos, aprobados en 1994, son fines de la Sociedad:

1. Estimular el progreso científico de la Especialidad de Ginecología y Obstetricia.
2. Promover reformas que contribuyan a mejorar la calidad de la atención sanitaria que nuestra Especialidad desarrolla.
3. Representar ante el Estado, corporaciones públicas o cualquier entidad, el interés científico y asistencial de la Especialidad o de sus socios.
4. Defender los intereses profesionales de los socios, bien por iniciativa de la Junta Directiva, a requerimiento de entidades autonómicas o de las secciones de la Sociedad, o a petición de algún socio cuando el motivo que se exponga no sea del ámbito exclusivo de una entidad autonómica o del interés principal de alguna sección, y siempre a juicio de la Junta Directiva.
5. Establecer acreditaciones en aspectos concretos de la Especialidad para aquellos socios que reúnan ciertos requisitos y demuestren conocimientos específicos.
6. Emitir opinión o dictamen sobre aspectos deontológicos, científicos, profesionales y/o legales que afecten a la Especialidad o a los Especialistas.

Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen)

SEMergen es la sociedad científica pionera de la Atención Primaria en España, con más de 30 años de experiencia. Se estableció con el objetivo fundamental de **promocionar la Medicina de Familia, mediante el mantenimiento y mejora de la competencia profesional**

de los médicos, fomentando la investigación y facilitando la formación continuada del médico con el fin de mantener la calidad en el cuidado de la salud de los ciudadanos.

En la actualidad, SEMERGEN cuenta con más de diez mil socios y, aunque en sus orígenes fue una sociedad de médicos rurales, actualmente está presente en todos los ámbitos profesionales, siendo la única sociedad científica que aglutina a todos los médicos que trabajan en Atención Primaria.

Dispone de delegaciones autonómicas y celebra elecciones democráticas cada 4 años. En 1999 se creó la Fundación SEMERGEN. Hasta el momento ha celebrado 30 congresos nacionales, además de decenas de congresos autonómicos. Cualquier información acerca de las actividades que organiza la Sociedad la podrás encontrar en www.semergen.es.

Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)

La **Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)**, creada hace más de veinte años, con más de siete mil socios y presencia mediante sociedades autonómicas en todo el territorio español, se caracteriza por las actividades que desarrolla en cinco áreas bien definidas:

Formación innovadora: pionera en la creación de estructuras de aprendizaje innovadoras, la SEMG es sin duda una de las sociedades científicas españolas más activas y prolíficas en cuanto a las actividades de formación continuada acreditada. Cabe destacar especialmente la labor de formación en Ecografía Clínica que lleva desarrollando desde su creación, junto a la reivindicación de la necesidad de que el médico de atención primaria pueda disponer de esta prueba diagnóstica, dado que proporciona al clínico una información rápida, eficaz y barata, aumentando la certidumbre y permitiéndole una mayor eficiencia y capacidad resolutoria así como mayor satisfacción y confianza del paciente.

Investigación: desde siempre ha defendido la necesidad de su fomento en Atención Primaria y cuenta en su seno con un grupo de trabajo específico para ello mediante el que se da apoyo a todos aquellos que plantean dudas sobre cómo llevar a cabo sus trabajos y además se emprenden numerosos proyectos investigadores, generando y coordinando redes de colaboradores por toda España.

Defensa profesional: se trata sin duda de otra las características de esta sociedad científica. Impulsora en su momento de la creación de la Plataforma 10 Minutos, recientemente la SEMG ha sido la responsable de generar el consenso y difundir entre administraciones sanitarias y población el *Decálogo de Medidas Urgentes* para la mejora de la Atención Primaria. Una defensa profesional que ha extendido también al continente americano promoviendo la creación de la Unión Iberoamericana de Médicos Generales y de Familia, así como la de diferentes sociedades científicas en países donde los médicos de atención primaria no contaban con representación del colectivo o dando apoyo a aquellas sí formadas pero con dificultades.

Actividad social: es conocida la gran disposición de la SEMG a interactuar con la población y a promover actividades dirigidas a los ciudadanos. Entre todas, las más conocidas quizás sean sus iniciativas *Los Caminos de la Salud*, un salón sanitario de información/sensibilización sobre diferentes enfermedades que fomenta a su vez los estilos de vida saludables y su *Plan Salvavidas*, creado hace un lustro y hoy aún en activo, a través del cual se forma a los

ciudadanos en reanimación cardiopulmonar básica así como en los protocolos más ágiles para hacer frente a una situación de riesgo vital mientras se activan los dispositivos sanitarios.

Solidaridad: a través de la Fundación SEMG-Solidaria se llevan a cabo diferentes iniciativas, básicamente en países iberoamericanos pero que ahora ven ampliado el campo de actuación también en el continente africano, con el que se han realizado los primeros contactos. Una de las iniciativas más representativas es la construcción de la Unidad Clínico Docente en Ciudad Sandino (Nicaragua), destinada tanto a la atención sanitaria de la población como a la formación continuada de facultativos no sólo nicaragüenses sino también de otros países americanos, gracias a la residencia para discentes habilitada en el mismo centro. El empuje de la SEMG ha permitido que otras sociedades científicas españolas se sumen y participen activamente de esta labor solidaria a través de las distintas áreas de especialidades con las que se sigue dotando a esta Unidad.

Ausonia, colaboradora del estudio sobre cáncer de mama del Observatorio del Cáncer

La compañía, que colabora con la **aecc** en proyectos de lucha contra el cáncer, se ha encargado de la financiación del estudio.

SITUACIÓN DEL CÁNCER DE MAMA EN ESPAÑA

El cáncer de mama representa el tipo de cáncer más frecuente en la mujer, con una incidencia anual de más de 22.000 casos en España (IARC 2008), el 28,5% de todos los tumores femeninos. Además, supone la segunda causa de mortalidad por cáncer en mujeres (6.000 fallecimientos en 2008) después del cáncer de colon y recto.

- La mayoría de los casos se diagnostican en edades comprendidas entre los 35 y los 80 años, con un máximo entre los 45 y los 65. Las tasas de incidencia están aumentando lentamente en España y en el mundo, probablemente debido al envejecimiento de la población y al diagnóstico cada vez más temprano.
- Aproximadamente **1 de cada 8 mujeres presentará esta enfermedad a lo largo de su vida.**
- La **supervivencia** por cáncer de mama ha mejorado notablemente en los últimos 20 años (anualmente se incrementa la supervivencia por este tumor un 1,4%). Cada año disponemos de mayor información para diagnosticar precozmente y tratar el cáncer de mama, lo que ha permitido que la supervivencia global a los 5 años del diagnóstico de este tumor sea del 82,8% en nuestro país (Eurocare-4), por encima de la media europea y similar a los países con las mejores cifras de supervivencia.
- Sin lugar a dudas, el **diagnóstico precoz** es la mejor herramienta para luchar contra esta enfermedad. A través de los programas de cribado con mamografías, se pueden diagnosticar los tumores de mama en estadios iniciales en los que hay muchísimas posibilidades de curación.
- Generalmente **se recomienda realizar mamografías periódicas a partir de los 45-50 años.**
- Cada **mujer puede reducir su riesgo de forma individual con pequeños cambios en su estilo de vida.** Actualmente se conoce que, tras la menopausia, prevenir la obesidad con una dieta adecuada y con ejercicio diario reduce el riesgo de desarrollar un cáncer de mama.
- Aparte de la edad o de la obesidad, hay otros **factores que se asocian con un riesgo más elevado:** las mujeres con antecedentes de cáncer de mama en la familia, o que no hayan tenido hijos o los hayan tenido tarde, o con menarquia precoz o menopausia tardía, parecen tener mayor riesgo. No obstante, muchas mujeres que han tenido un cáncer de mama no presentaban ningún factor de riesgo conocido. Poseer un riesgo mayor para el cáncer de mama no implica la certeza de que se vaya a padecer la enfermedad, sólo indica cierta predisposición.
- La investigación es fundamental, no solo en el cáncer de mama. A medida que vamos conociendo mejor los factores pronósticos de la enfermedad, podemos ir identificando

el riesgo particular de cada caso de cáncer de mama, lo que permite seleccionar el tratamiento más adecuado para cada situación.

Programa **Mucho x Vivir**

Mucho x Vivir es un plan de apoyo integral a la mujer diagnosticada de cáncer de mama con el fin de conseguir una buena adaptación a la enfermedad, a los tratamientos y mejorar su calidad de vida. Ofrece, igualmente, orientación y apoyo a las familias sobre cómo ayudar y cómo afrontar la enfermedad.

Este proyecto constituye el compromiso de la Asociación Española Contra el Cáncer (**aecc**) en la lucha contra el cáncer de mama y ofrece a las mujeres diagnosticadas de esta enfermedad:

- información y asesoramiento ante el diagnóstico, los tratamientos y toma de decisiones;
- apoyo psicológico para ellas y sus familiares;
- orientación en la búsqueda de recursos sociales (ayudas económicas, prótesis...);
- recomendaciones para un estilo de vida saludable (a través de recetas saludables elaboradas por famosos cocineros y especialmente creadas para mejorar los hábitos alimenticios de las mujeres, potenciación del ejercicio físico, consejos prácticos sobre cuidados estéticos...);
- consejos para la prevención y tratamiento del linfedema;
- orientación laboral;
- actividades de ocio y tiempo libre;
- conocer el testimonio de mujeres que ya han pasado por la enfermedad.

Datos 2009 programa **Mucho x Vivir**

Las repercusiones físicas y psicosociales que aparecen asociadas al diagnóstico y a los tratamientos hacen necesario abordar la enfermedad desde una perspectiva multidisciplinar.

Subprogramas	Nº de mujeres atendidas
Intervención individual	4.622
Intervención en grupo	842
Prevención y rehabilitación del linfedema	1.814
Actividades de ocio y tiempo libre	12.683
Voluntariado testimonial	2.403
Intervención social	1.609
Inserción laboral	130

Toda esta información, así como otros servicios, se recogen en www.aecc.es, que constituye una herramienta clara, rigurosa y exhaustiva de apoyo a las mujeres afectadas y a sus familias. Sus contenidos son actualizados de forma periódica por los profesionales de la **aecc**, con el objetivo de ofrecer información útil que abarque los diferentes aspectos relacionados con el

cáncer de mama: médicos, psicológicos, orientación social, orientación laboral, consejos estéticos, actividades, talleres, programas de ayuda, etc. Para más información, llamar al teléfono 900 100 036 o consultar la página web www.aecc.es. Todos los servicios de la **aecc** son gratuitos.

aecc, 57 años de experiencia en la lucha contra el cáncer

La **aecc** es una ONL (Organización No Lucrativa) privada y declarada de utilidad pública que lleva 57 años trabajando en la lucha contra el cáncer. La **aecc** integra a pacientes, familiares, personas voluntarias y profesionales que trabajan unidos para prevenir, sensibilizar, acompañar a las personas afectadas y financiar proyectos de investigación oncológica que permitirán un mejor diagnóstico y tratamiento del cáncer.

Estructurada en **52 Juntas Provinciales** y **presente en más de 2.000 localidades españolas**, la **aecc** desarrolla su trabajo a través de sus más de 14.500 voluntarios y 744 empleados bajo una filosofía de colaboración con las autoridades sanitarias, instituciones científicas y aquellas otras entidades que persigan un fin análogo al de la asociación. Todo ello siempre bajo los principios de independencia, profesionalidad, transparencia y cercanía.

Fundación Científica de la aecc, financiando la excelencia en investigación oncológica

La **aecc** mantiene como uno de sus objetivos prioritarios la investigación oncológica de calidad. Con este propósito nació la Fundación Científica el 25 de octubre de 1971.

La Fundación aglutina la demanda social de investigación contra el cáncer, financiando por concurso público programas de investigación científica y social. Estos programas están dirigidos a lograr avances en ciencia para mejorar el futuro de las personas enfermas y sus familias y para consolidar una estructura científica en España, acercando a toda la sociedad los logros conseguidos.

Para más información:

Esther Díez

Responsable de Comunicación **aecc**

esther.diez@aecc.es

Tel: 91 310 82 65

Móvil: 667 11 36 16

www.aecc.es

Infocáncer 900 100 036

www.aecc.es

Raúl Torres / Hugo Fraile

ACH

91 749 48 00 / 637 273 236

rtorres@ach.es / hfraile@ach.es