



pro mujer

Salud

Tod@s
por
Ellas

Informe sobre los determinantes de la participación de las mujeres de América Latina en el tamizaje mamográfico

(Informe Final)

Presentado a **PRO MUJER** por:

Silvina Arrossi

Asistentes:

Lucila Szwarc

Ana Mazzadi

Agustina Thorne

Buenos Aires, 15 de diciembre de 2022

RESUMEN

El logro de altas tasas de tamizaje mamográfico es un elemento central de un programa efectivo de detección temprana del cáncer de mama. Sin embargo, a pesar de la evidencia acerca de la efectividad de la mamografía para reducir la mortalidad por cáncer de mama, la realización de mamografías es baja, y la mayoría de los países de América Latina reportan coberturas menores al 70%. Esto se debe a que las mujeres latinoamericanas enfrentan numerosos obstáculos para acceder a este tamizaje, así como a las etapas posteriores de diagnóstico y tratamiento. Esos obstáculos se vinculan con una variedad de factores que operan a distintos niveles: factores políticos y sociales, factores estructurales relacionados con las condiciones socioeconómicas de las mujeres, factores intermedios que incluyen características personales de las mujeres, y determinantes relacionados con el sistema de salud.

Entre los principales factores políticos y sociales, el acceso a la educación, empleo y políticas de protección social y de cobertura de salud, actúan como modificadores o buffers que influyen los efectos de la desigualdad social sobre los resultados de salud y de calidad de vida, entre ellos la participación de las mujeres en el tamizaje mamográfico.

A nivel de los determinantes estructurales, la evidencia muestra que las mujeres con bajo nivel socioeconómico y nivel educativo, sin cobertura de salud, con altos niveles

de desempleo y residencia rural tienen menor realización de tamizaje mamográfico.

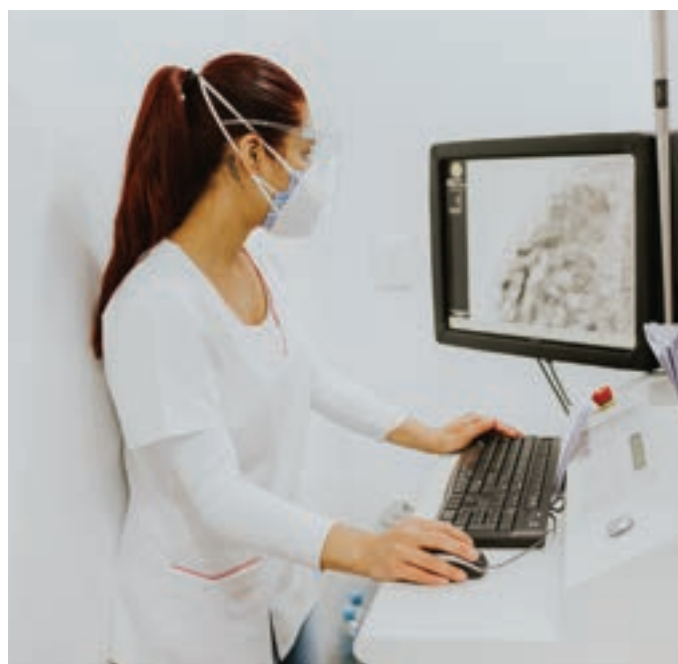


A nivel de los determinantes intermedios relativos a las mujeres, la falta de información sobre los beneficios de la mamografía, la percepción de la ausencia de síntomas como ausencia de la enfermedad, el fatalismo, miedo a la enfermedad, la vergüenza y el posible estigma actúan como obstáculos al tamizaje mamográfico. Un problema adicional lo constituye la falta de tiempo debido la carga de las tareas de cuidado y provisión de ingresos al hogar. Por el contrario, tener contactos habituales con el sistema de salud, poseer conocimientos y educación para la salud, y conocer alguna mujer que haya realizado una mamografía actúan como determinantes positivos para la realización del tamizaje. En ese sentido, las intervenciones educativas y de búsqueda activa integradas, con promoción de la prevención del cáncer de mama, son facilitadores del tamizaje mamográfico.

A nivel del sistema de salud, la alta disponibilidad de equipamiento mamográfico, con inclusión de la mamografía en el marco de un programa organizado, y con un sistema de control de calidad es un facilitador del acceso al tamizaje. Así como también la posibilidad de contar con servicios de salud incluidos en un paquete de servicios públicos o esenciales para la salud, que ofrezcan servicios de salud sin costos para las mujeres.

Finalmente, la buena relación y comunicación con los profesionales de salud, la derivación por parte de un profesional en salud, así como el contacto satisfactorio con el sistema de salud facilitan la realización de la mamografía. Por el contrario, las experiencias negativas con los proveedores de salud, la larga espera el día de la cita para la mamografía, o la sensación de frío o incomodidad que genera la practica mamográfica constituyen obstáculos para su realización.

Un aspecto clave para facilitar la organización de los programas de prevención de cáncer de mama es la participación conjunta de entidades gubernamentales y de la



sociedad civil. Por ejemplo, una manera de contrarrestar el inadecuado acceso a los servicios de salud es a través de la integración de los servicios con instituciones comunitarias u ONGs, como por ejemplo las instituciones de micro-financiamiento. Un ejemplo de este modelo es Pro-mujer, una ONG que opera en Argentina, Bolivia, México, Nicaragua, y Perú. Pro-mujer ha buscado integrar servicios de micro-financiamiento y servicios de prevención de cáncer de mama para mujeres en áreas urbanas y suburbanas. Al tener una alta llegada territorial a la población objetivo del tamizaje mamográfico, este tipo de instituciones puede aumentar el acceso de las mujeres a la mamografía, mediante la integración de la promoción de la prevención del cáncer de mama en sus actividades vinculadas con la gestión de los microcréditos.



INTRODUCCIÓN

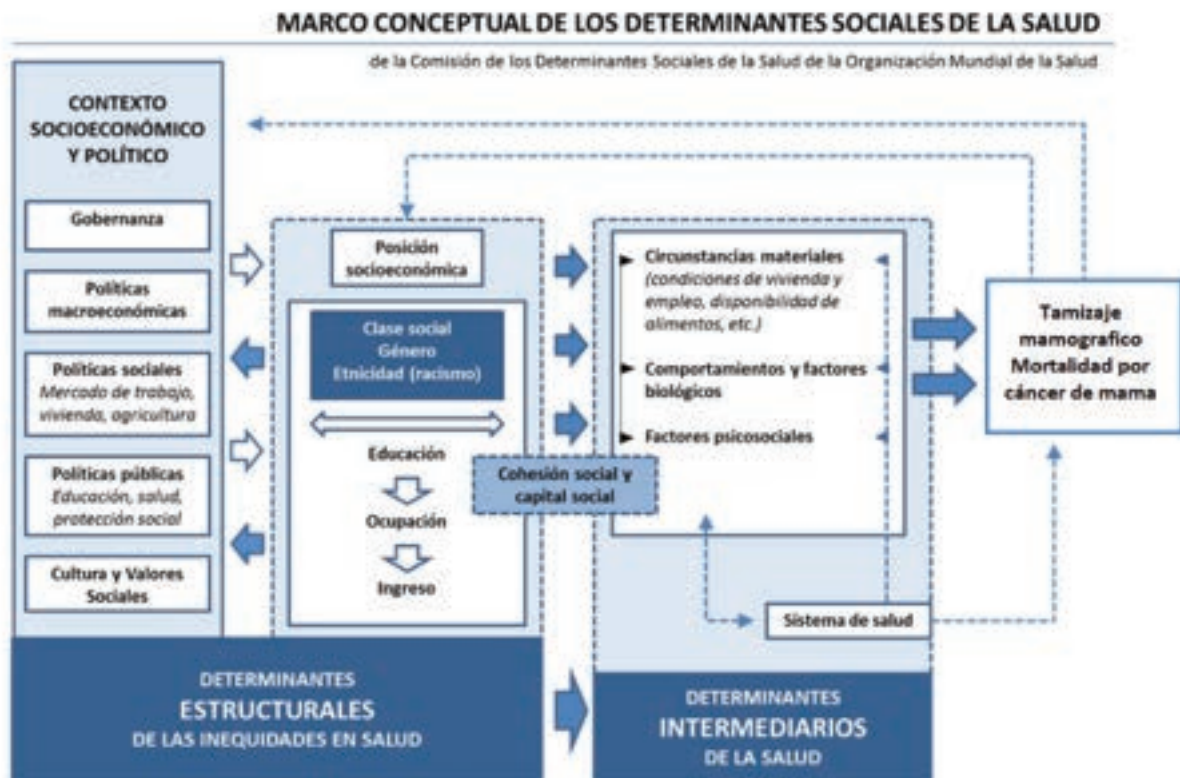
El cáncer de mama es el cáncer más prevalente en las mujeres de América Latina, con más de 200.000 casos diagnosticados cada año, y casi 60 mil fallecimientos anuales a causa de la enfermedad (Ferlay et al, 2020). En cuanto a la tasa de supervivencia del cáncer mamario, un factor central que va a modificar la tasa de supervivencia es el tiempo de demora en realizar el diagnóstico de cáncer y su posterior tratamiento.

La solución a este importante problema de salud para las mujeres de la región está en el acceso a la detección temprana del cáncer de mama, ya que mejora la supervivencia, disminuye la morbilidad y reduce el costo de la atención si se diagnostica con prontitud y se trata eficazmente. La evidencia científica indica que el tamizaje de las mujeres con mamografía entre los 50 y 69 años cada dos años reduce la mortalidad por cáncer cérvicouterino (IARC 2016), si se realiza en el marco de un programa organizado, y se garantiza el acceso al diagnóstico y tratamiento posteriores de las mujeres con resultados alterados. Asimismo, el tamizaje mediante examen clínico de mama reduce el estadio de los tumores diagnosticados, y la mortalidad por cáncer de mama en mujeres de 50 años y más (Mitra et al, 2022). Por último, no existe evidencia acerca de que el autoexamen de mama reduzca la mortalidad por cáncer de mama, y por lo tanto no se recomienda esta técnica de tamizaje como método de diagnóstico precoz de la enfermedad.

La Organización Mundial de la Salud recomienda el tamizaje con mamografía (una vez cada dos años para las mujeres de entre 50 y 69 años) y diagnóstico oportuno y tratamiento del cáncer de mama, como una de las mejores inversiones que los países pueden realizar para reducir la carga de las enfermedades no transmisibles (OMS, 2017). Sin embargo, a pesar de la evidencia acerca de la efectividad de la mamografía para reducir la mortalidad por cáncer de mama, la cobertura de tamizaje mamográfico es baja, y la mayoría de los países de la región reportan coberturas menores al 70% (PAHO 2021). Esto se debe a que las mujeres latinoamericanas enfrentan numerosos obstáculos para acceder a este tamizaje, así como a las etapas posteriores de diagnóstico y tratamiento. Esos obstáculos se vinculan con factores sociales, culturales y subjetivos, así como con la organización de los sistemas de salud. Es fundamental entender esos factores, de manera tal de poder desarrollar estrategias que aumenten el acceso de las mujeres latinoamericanas al tamizaje, diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama. A continuación, se presenta una revisión de la evidencia acerca de determinantes positivos y negativos de la participación de las mujeres latinoamericanas al tamizaje mamográfico, así como se presenta evidencia acerca de las estrategias facilitadoras para aumentar su participación.

El logro de altas tasas de tamizaje mamográfico es un elemento central de un programa efectivo de detección temprana del cáncer de mama. Las mujeres no utilizan los servicios preventivos debido a una variedad de factores que operan a distintos niveles. Para capturar este patrón causal multidimensional, usamos el marco de los Determinantes Sociales en Salud (Solar e Irwin, 2010), que enfatiza que los desenlaces (outcomes) de salud son el resultado de la interacción de factores políticos y sociales, factores estructurales

relacionados con las condiciones socioeconómicas de las mujeres, factores intermedios que incluyen características personales (e.g. características psicológicas), y determinantes relacionados con el sistema de salud. Por lo tanto, cuando se analizan las variables que están relacionadas negativa o positivamente con la realización del tamizaje mamográfico, es importante entender en qué nivel los factores están operando y como están interconectados según se muestra en el gráfico 1 y la tabla 1, y se describe a continuación.



Fuente: Commission on Social Determinants of Health (CSDH). A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper for the Commission on Social Determinants of Health (2008). April 2007.

Tabla 1. Determinantes positivos y negativos de la participación en el tamizaje mamográfico en América Latina

| Determinantes positivos | Determinantes negativos |
|---|---|
| Determinantes estructurales de la política de salud | |
| Mayor gasto público en salud Cobertura universal de salud | Interrupción o falta de cobertura de salud |
| Determinantes estructurales a nivel de las mujeres | |
| Alto nivel educativo Estar empleada Alto ingreso Alto nivel socioeconómico Tener una pareja con alto nivel educativo Residencia urbana Tener cobertura de salud | Bajo nivel educativo Desempleo Bajos ingresos Bajo nivel socioeconómico Residencia rural No tener cobertura de salud |
| Determinantes intermedios de las mujeres | |
| Tener contacto con el sistema de salud Poseer conocimientos y educación para la salud Conocer alguna mujer que haya sido tamizada Adecuada percepción del riesgo de desarrollar cáncer de mama Contar con redes sociales y familiares | Falta de información sobre los beneficios del tamizaje mamográfico Percepción de la ausencia de síntomas como ausencia de la enfermedad Concepción de “fatalismo” Miedo a la enfermedad o vergüenza Falta de tiempo por tareas de cuidado y provisión de ingresos al hogar Culturas patriarcales que subordinan a la mujer Tener una discapacidad o problema de salud Miedo a la estigmatización Miedo al efecto de la cirugía en las relaciones sexuales |
| Determinantes intermedios a nivel del sistema de salud | |
| Programas de tamizaje organizados Disponibilidad del equipamiento mamográfico Implementación de un sistema de garantía de calidad para la mamografía Alta disponibilidad y frecuencia de turnos Servicios de salud incluidos en un paquete de servicios públicos o esenciales para la salud | Bajo nivel de financiamiento Tamizaje oportunístico Falta de mamógrafos Baja calidad de los equipos Baja disponibilidad de centros para la realización de la mamografía y diagnóstico Falta de técnicos para la realización de la mamografía Baja disponibilidad de turnos Ausencia de mecanismos para garantizar el transporte de las mujeres a los centros de salud preventiva Servicios de salud pagos |
| Determinantes a nivel de los proveedores de salud | |
| Buena relación y comunicación con los proveedores de salud Buen vínculo con el médico Derivación por parte de un profesional en salud Contacto habitual con el sistema de salud Satisfacción de la mujer con el sistema de salud Mamografía hecha en tiempo y forma | Experiencias negativas con los proveedores de salud Largo tiempo de espera el día de la cita para la mamografía Sensación de frío o incomodidad que genera la practica mamográfica |

a. Determinantes de la participación en el tamizaje mamográfico para la detección precoz del cáncer de mama en América Latina

Factores contextuales y de políticas de salud

Los factores contextuales, incluyendo el acceso a la educación, empleo y políticas de protección social y de cobertura de salud, actúan como modificadores o buffers que influyen los efectos de la posición socioeconómica sobre los resultados de salud y de calidad de vida entre los distintos grupos sociales (Solar e Irwin, 2010). Un estudio que analizó datos de 15 países en desarrollo que participaron de la Encuesta Mundial de Salud en 2003 (Akin-yemiju, 2012) mostró que el gasto en salud por país (como porcentaje del Producto Bruto Interno) era un determinante significativo de la participación en el tamizaje de cáncer de mama, lo que sugiere que la inversión en infraestructura de salud tiene el potencial para mejorar las tasas de mamografía en un país, por ejemplo, a través de la provisión de equipamiento mamográfico o un mayor número de recursos humanos capacitados. Yabroff et al. (2020) analizaron la relación entre las políticas de cobertura de salud y la realización de prácticas preventivas de cáncer en Estados Unidos, mostrando que los cambios en las políticas públicas pueden incrementar las interrupciones en la cobertura de salud y, por tanto, las disparidades en el acceso a la salud preventiva. El estudio mostró que, por ejemplo, las modificaciones en los requerimientos para programas de Medicaid en Estados Unidos aumentaron las interrupciones en la cobertura de salud,

con un efecto en el uso de la mamografía: las mujeres que habían sufrido interrupciones en la cobertura de salud tenían un menor uso de la mamografía, en comparación con las mujeres que no habían tenido interrupciones en la cobertura de salud o cuyas coberturas tenían duraciones más extendidas en el tiempo. En México, la reforma del sistema de salud llevada a cabo en 2003 para proveer a la población cobertura universal de salud resultó en un mejoramiento del acceso a los tratamientos de alto costo del cáncer de mama, incluyendo el acceso a las terapias de anticuerpos monoclonales trastuzumab para tumores de mama HER2-positivos (Goss et al., 2013, Strasser- Weippl et al, 2015). En Argentina, un análisis de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo llevada a cabo en 2018 (ONU Mujeres Argentina, 2020) mostró que en aquellas regiones con menor desarrollo socio-económico se realizaban menos controles mamográficos y las desigualdades se intensificaban: los porcentajes de realización de mamografías en los últimos dos años en las regiones con mayor desarrollo socio-económico se encontraron por encima o similares al del total del país (66%): 84% en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 70% en la provincia de Buenos Aires, 70% en la región Pampeana y Gran Buenos Aires y 66% en la Patagonia, mientras que en las regiones con menor desarrollo socio-económico dichas proporciones se encontraron por debajo del valor para el total país: 51%, 50% y 59% en las regiones Noroeste, Noreste y Cuyo (59%) respectivamente (ONU Mujeres Argentina 2020).

Determinantes estructurales a nivel de las mujeres.

El principal factor estructural del tamizaje mamográfico es la desigualdad social (Tabla 1). Una revisión de la literatura publicada en el Manual sobre sobre tamizaje de cáncer de mama publicado en 2016 por la Agencia Internacional de Investigaciones sobre Cáncer (IARC, 2016) mostró que las mujeres con bajo nivel socioeconómico y nivel educativo, sin cobertura de salud y con altos niveles de desempleo tenían menor realización de tamizaje mamográfico. Si bien la mayoría de esta evidencia fue producida en estudios llevados a cabo en otras regiones, la escasa evidencia latinoamericana muestra que el impacto de estos determinantes es similar en América Latina. Estos determinantes principales se reportaron en una revisión sistemática realizada por Nuche-Berenguer & Sakellariou (2019) específica a la Región de América Latina, y en una revisión de alcance (scoping review) de estudios que analizaron

programas y políticas públicas de prevención de cáncer de mama en América Latina (Ramos Herrera et al, 2022). El nivel educativo, el ingreso y la cobertura de salud se han vinculado a la realización de la mamografía en estudios llevados a cabo en Colombia, Brasil, México, Chile y Argentina (Nuche Berenger & Sakellariou, 2019, Nuche Berenger & Sakellariou, 2021, Da Costa Vieira et al, 2015). Por ejemplo, en Argentina, un análisis de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo llevada a cabo en 2018 mostró una mayor realización de mamografía en mujeres con altos ingresos y mayor nivel educativo. Asimismo, las mujeres sin cobertura de salud tuvieron más probabilidades de nunca haber realizado una mamografía o de no haberla realizado en los últimos dos años. En México, un análisis de distintas encuestas demográficas y de salud mostró que, en general, el acceso a la mamografía (y también del examen clínico mamario) era mayor entre las mujeres con mayores ingresos y nivel educativo, y con cobertura de salud (Agu-del-Botero, 2013). Sin embargo, un análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud familiar llevada a cabo en Perú en el año 2015 encontró que el nivel educativo de la mujer no estaba asociado con la realización de mamografía, pero sí el contar con una pareja con nivel educativo superior (Alegría-Delgado y Huamani Navarro, 2019). En Argentina, la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo mostro que las mujeres pertenecientes a hogares en los quintiles de mayores ingresos se realizaron un 30% más de los controles que las que pertenecían a hogares en los quintiles más bajos (ONU Argentina, 2020). También



mostró que el 43,8% de las mujeres con un nivel educativo hasta primario incompleto se realizaron mamografías, mientras que entre las mujeres con secundario completo y más, el porcentaje fue de 75,3%. Finalmente, también se observaron diferencias en relación a la cobertura de salud: el 71% de las mujeres con cobertura de salud se habían hecho una mamografía en los últimos dos años, mientras que solo el 46% de las mujeres con cobertura pública la habían realizado. Schneider et al. (2013), en un estudio llevado a cabo en Brasil, también encontraron que las mujeres con bajos ingresos, sin cobertura de salud y bajo nivel educativo tenían una menor participación en el tamizaje mamográfico.

La residencia rural/urbana también es un determinante del tamizaje: en general las mujeres que viven en zonas urbanas tienen mayor posibilidad de acceder al tamizaje. El citado análisis de la Encuesta Demográfica y de Salud familiar peruana mostró que tener como lugar de residencia la zona urbana, y en Lima Metropolitana, aumentaba siete y tres veces respectivamente la probabilidad de realización de la mamografía (Alegría-Delgado et al, 2019). Resultados similares en cuanto a la mayor accesibilidad de las mujeres urbanas al tamizaje mamográfico fueron reportados en el estudio de las encuestas mexicanas de salud realizado por Agudelo Botero et al (2013). La revisión de alcance llevada a cabo por Ramos Herrera et al (2022) resaltó que un problema que muy frecuentemente afecta a las zonas rurales de países latinoamericanos es no solo la baja accesibilidad a la mamografía, sino también la falta de servicios

para el seguimiento de casos probables o confirmados de cáncer de mama.

La influencia de la edad en la participación en el tamizaje mamográfico depende en parte del contexto programático organizativo en el que este se lleva a cabo, y de particularmente del grupo de edad al que se le recomienda la realización de mamografía de tamizaje. La evidencia presentada en el Manual de la IARC (2016) no es conclusiva sobre este tema. Determinantes intermedios a nivel de la mujer. Haber tenido contactos previos con el sistema de salud es un determinante de participación en el tamizaje mamográfico través de diversos mecanismos, uno de los cuales es el aumento de los conocimientos y educación para la salud (IARC, 2016).

La comprensión y conocimiento sobre el cáncer de mama y el tamizaje mamográfico influyen en la decisión de participar en el tamizaje (IARC, 2016). Una revisión de 35 estudios llevados a cabo en América Latina (Doede et al, 2018) mostró que el nivel de conocimiento está vinculado al grado de retraso de las prácticas de tamizaje y diagnóstico. Por ejemplo, en un estudio llevado a cabo en Nicaragua, las mujeres que conocían más sobre la salud mamaria tenían más probabilidad de tener exámenes clínicos mamarios.



Sin embargo, se ha señalado que el hecho de conocer más sobre el tema no se traduce necesariamente en una mayor participación en el tamizaje, sino que, al contrario, podría producir una percepción de que la mamografía es una práctica riesgosa, por todas las implicancias que puede traer aparejadas (IARC, 2016).

Por otro lado, también cumple un rol el hecho de conocer a alguna otra mujer que ha sido tamizada, así como la percepción del riesgo de desarrollar cáncer de mama (IARC, 2016). En un estudio llevado a cabo en México, la percepción del riesgo de desarrollar cáncer de mama fue uno de los mayores determinantes de realización de mamografías (OR: 1,8) (Salinas-Martinez et al, 2016). Un estudio cualitativo llevado a cabo en Argentina con mujeres diagnosticadas con cáncer de mama mostró que muchas entrevistadas consideraban que la ausencia de síntomas implica ausencia de enfermedad, por lo cual consideraban que eran innecesarios los controles periódicos espontáneos (Ramos et al, 2018). Estos resultados coinciden con los hallazgos reportados por Ponce (2012) en su análisis cualitativo de la percepción de riesgo y opiniones sobre el cáncer de cuello de útero y el cáncer de mama en mujeres adultas de la ciudad de Buenos Aires. En ese estudio, la concepción de prevención como sinónimo de acudir inmediatamente al médico cuando se perciben cambios en el estado de salud, pero no antes, influyó en la percepción de riesgo de contraer cáncer y en las prácticas preventivas. Silva et al. (2013) analizaron las razones para no haber realizado la mamografía en el marco de un

programa piloto organizado llevado a cabo en Barretos, Brasil. En ese estudio, el 45% de las mujeres no había adherido a las recomendaciones de mamografía (mujeres que nunca realizaron una mamografía o tuvieron una mamografía hecha hacía más de dos años). Entre las razones más frecuentes reportadas estaba la falta de comprensión de que el objetivo de la mamografía era la detección temprana en mujeres asintomáticas (38.2%). Sin embargo, también se ha señalado en el Manual de la IARC (2016) que la preocupación acerca del cáncer de mama se relaciona con el uso de la mamografía en una función que tiene forma de campana, por la cual las mujeres que reportan niveles moderados de preocupación tienen más probabilidad de participar en el tamizaje mamográfico que aquellas que están muy preocupadas.



Un concepto que ha sido vinculado a la no realización de la mamográfica es el de “fatalismo” que ha sido identificado como una barrera al tamizaje mamográfico entre las Latinas (en América Latina y entre la población latina de Estados Unidos). En el Manual de la IARC 2016 se reportan los resultados de una revisión de la literatura que mostró la asociación entre el fatalismo y la no-utilización de servicios de tamizaje entre las Latinas (Espinosa de Los Monteros & Gallo, 2011). El concepto de fatalismo también fue mencionado como una barrera cultural al tamizaje en los estudios incluidos en la revisión llevada a cabo por Doede et al (2018) en América Latina, y en un estudio cualitativo llevado a cabo en Argentina sobre barreras a la atención del cáncer de mama (Ramos et al, 2018). La idea detrás del fatalismo es que es poco lo que se puede hacer para evitar tener cáncer de mama. Por ejemplo, un estudio chileno mostró que las mujeres veían al cáncer de mama como una muerte programada (Constant et al, 2014). Las percepciones sobre las causas del cáncer de mama también fueron identificadas como una barrera cultural para la práctica mamográfica en un estudio llevado a cabo entre mujeres de zonas rurales de Panamá. En ese estudio la mayoría de las percepciones sobre las causas que provocan la enfermedad estuvieron relacionadas con el parto de un hijo y su amamantamiento, a la falta de aseo o a protuberancias naturales que emergen en la piel (Roquebort León, 2014). En ese estudio, las mujeres resaltaron la importancia de ciertas prácticas para prevenir el cáncer de mama. Por ejemplo, para las mujeres indígenas participantes, tanto

gunas como ngäbes, el amamantar es una tradición que las protege del cáncer de mama en su etnia.

Experimentar o tener miedo durante la realización de la mamografía es una barrera a la participación en el tamizaje para algunas mujeres (IARC, 2016). En el estudio anteriormente mencionado llevado a cabo en Brasil por Silva et al (2013), el miedo a la enfermedad fue una de las principales razones reportadas por las mujeres que no se habían hecho una mamografía. El miedo a la enfermedad (o la vergüenza) también fue un factor importante para la no realización mamográfica en estudios llevados a cabo en otras regiones de Brasil (Schneider et al, 2013; Santos y Chubaci 2011) y Chile. Asimismo, estudios llevados a cabo en Trinidad y Tobago resaltaron que el miedo a ser diagnosticadas con cáncer disminuía las probabilidades de tamizaje mamario (Gosein et al, 2014; Modeste et al, 2019). Un estudio llevado a cabo en Chile sobre las percepciones de los proveedores de salud acerca de cómo debe proveerse información a las mujeres para la realización de la mamografía (Dois et al 2021) identificó que el miedo es un factor que interviene en la decisión informada de la mujer para la realización de la práctica mamográfica. En ese estudio se mencionó tanto el miedo al dolor que puede provocar el procedimiento como el miedo al resultado del examen, relacionado con el cáncer y la muerte. Para los proveedores de salud entrevistados, en general, la información que reciben las mujeres no se orienta a reducir el temor, sino todo lo contrario, lo que las aleja de la posibilidad de tomar la decisión de hacerse el

examen (Dois et al, 2021).

Doede et al (2018) encontraron que antes de una primera mamografía, el miedo al dolor o a la incomodidad fue un factor negativo importante en la realización de las mamografías, principalmente en estudios llevados a cabo en Trinidad, Barbados, Jamaica y Chile. En Trinidad, el 40% de las mujeres manifestaron preocupación con la radiación. Esta sensación, sin embargo, se invierte luego de realizada la primera mamografía. La mayoría de las mujeres manifestó estar dispuesta a repetir la mamografía, y 70% reportó menos dolor del que habían esperado. En Jamaica, solo el 2.5% de las mujeres que experimentaron dolor durante la mamografía pensaron que esta podría ser una razón para no volver. Después de la mamografía, aproximadamente la mitad de las mujeres que participaron de un estudio chileno sintieron una sensación de alivio y de recompensa por haber cuidado su salud (Doede et al, 2018).



La revisión sistemática llevada a cabo en América Latina acerca de factores que inciden en la participación de las mujeres en acciones preventivas para el cáncer de mama (Doede et al, 2018), mostró que las mujeres de Perú, Barbados, Colombia, Jamaica, México, y Chile temían ser estigmatizadas por la comunidad a partir de tabús asociados con la enfermedad. En México y Barbados, algunas mujeres reportaron temer las consecuencias negativas de un diagnóstico de cáncer de mama o los efectos de la cirugía en las relaciones sexuales, especialmente frente a la falta de capacidad económica para la cirugía reconstructiva. El pudor para la consulta ginecológica también fue reportado en un estudio de barreras para la mamografía, llevado a cabo entre mujeres indígenas de zonas rurales de Panamá (Roquebort-León 214).

Diversos estudios han encontrado que la “falta de tiempo” es un determinante negativo del tamizaje (IARC, 2016). Esto se relaciona con demandas que tienen las mujeres en su rol de principales cuidadores del hogar, y proveedoras de ingresos. Así, se ha señalado que la carga de trabajo, el cuidado de los hijos, o tener que ocuparse de otras actividades domésticas consideradas prioritarias puede influenciar negativamente en la participación en el tamizaje mamográfico (IARC, 2016). Esta relación se daría tanto en los programas organizados como en los oportunistas. En Argentina, dos estudios cualitativos sobre barreras para la prevención y atención del cáncer de mama mostraron que las obligaciones de trabajo,

así como las responsabilidades en el cuidado de hijos y familiares fueron barreras que obstaculizaron la búsqueda de atención frente a los síntomas de la enfermedad (Ponce, 2012, Ramos et al, 2018). El tema de las obligaciones laborales y familiares también surgió como barrera en un estudio llevado a cabo en comunidades rurales indígenas de Panamá. Para las mujeres entrevistadas, una barrera importante era el cuidado de los hijos que deben combinar con las tareas domésticas, agrícolas o artesanales. Estos roles de su vida cotidiana tienen como efecto la postergación de su propia atención de salud. En otros casos, las barreras estaban dadas por relaciones de subordinación de la mujer, propias de las culturas patriarcales, que incluyen la desaprobación de la pareja para la realización de exámenes y tratamientos que implican que la exposición física de la mujer (Roquebort León, 2014).

Finalmente, las mujeres con discapacidades físicas severas tuvieron mayor probabilidad de no realización mamográfica (Nuche-Berenger y Sakellariou, 2021). La revisión de determinantes del tamizaje de cáncer de mama incluido en el Manual de la IARC también menciona a la discapacidad y un mal estado de salud general como factores asociados a la no realización mamográfica (IARC, 2016).

Las redes sociales y familiares pueden influenciar las decisiones de las mujeres acerca del tamizaje mamográfico en todos los grupos socioeconómicos (IARC, 2016). La familia fue mencionada como la influencia más importante sobre la realización de

mamografía en dos artículos incluidos en la revisión sistemática realizada por Doede et al (2018) para América Latina. En un estudio llevado a cabo en Chile, las mujeres cuyas familias recomendaron la mamografía tuvieron un mayor sentimiento de auto-eficacia para llevarla a cabo, resultados que también se observaron en un estudio llevado a cabo entre mujeres mexicanas. La revisión sistemática mencionada) también mostró como, para las mujeres peruanas, si el examen clínico mamario era negativo, mejoraba su disponibilidad para promover el tamizaje entre mujeres de su círculo familiar y social (Constant et al, 2014).

Factores intermedios a nivel del sistema de salud: organización programática y de los servicios de salud

Otro factor importante asociado a la realización de mamografías son los mecanismos de financiamiento del tamizaje mamográfico y el tratamiento, principalmente si el tamizaje está incluido como parte de un paquete de servicios esenciales de salud, o tiene que ser pagado por las mujeres con su propio dinero. La falta de seguros de salud es un indicador de cómo se financian los servicios de salud, y los estudios muestran que las mujeres que no tienen seguro de salud tienen menos posibilidad de participar en el tamizaje (Yabroff et al., 2020, Nuche Berenger y Sakellariou, 2019). En la revisión llevada a cabo por Doede et al (2018), el costo del tamizaje fue mencionado como una barrera en estudios llevados a cabo en Perú, Chile, Barbados y Tobago. Un estudio llevado a cabo entre mujeres indígenas de Panamá mostró que las mujeres

no siempre cuentan con los recursos para asumir el costo de la mamografía. Si bien las mujeres pueden solicitar la exoneración o ajuste del pago mediante una evaluación socioeconómica realizada por una trabajadora social, esta evaluación es percibida como estigmatizante al verse obligadas a realizar un trámite para demostrar su carencia económica. Estos sentimientos negativos conllevan muchas veces a que sea la propia mujer quien se autoexcluya de requerir los servicios de tamizaje mamográfico (Roquebort-Leon 2014).

Otro tema que tiene influencia en la participación de las mujeres en el tamizaje mamográfico tiene que ver con la organización de los programas de tamizaje (organizados vs oportunistas). Un programa organizado implica que exista una estrategia activa para llegar a todas las mujeres incluidas en la población objetivo, con una frecuencia definida, con adecuado financiamiento, un sistema para asegurar el seguimiento y el tratamiento, un sistema de información y monitoreo, y procedimientos para asegurar la calidad de las prácticas mamográficas y el equipamiento. En general, el tamizaje oportunístico genera desigualdades de acceso a la salud preventiva, mientras que los programas organizados y con sistemas de invitación tienen a aumentar el acceso al tamizaje de las mujeres socialmente vulnerables (Palència et al., 2010). La sistematización de la situación de los programas de tamizaje mamográfico en América Latina incluida en el Manual de la IARC (IARC 2016) mostró que la mayoría de los países en los que el cáncer de mama es la principal causa de muerte por cáncer

entre mujeres tiene recomendaciones o guías nacionales; sin embargo, ningún país en la región tenía un sistema de tamizaje que cumpla con todos los criterios de un programa organizado. Una presentación de las características de los programas de tamizaje en América Latina se presente en el Anexo 1. Ahí se observa que la mayoría de los países siguen la recomendación en cuanto a la edad de la población objetivo y frecuencia de mamografía de la OMS, si bien algunos, como por ejemplo Bolivia y Paraguay que indican la mamografía para mujeres de menos de 50 años.



Para el acceso al tamizaje, un factor clave es la disponibilidad y calidad del equipamiento mamográfico. A nivel regional, solo 14 de 33 países en América Latina y el Caribe informan que poseen servicios de mamografía para el tamizaje y detección temprana de cáncer de mama, y solo tres países (Brasil, Cuba y Uruguay) reportaron

que han alcanzado la cobertura necesaria (de 70% o más) de la población objetivo (Blanco et al, 2019). Por otro lado, la información acerca de los mecanismos de calidad de los programas disponible es bastante limitada (Anexo 1). Un análisis de la distribución de equipamiento mamográfico llevado a cabo en Argentina en 2010 (Viniegra et al, 2010) mostró una alta variabilidad en la disponibilidad de mamógrafos entre provincias. En algunos casos, la cantidad de equipos era suficiente para cubrir las necesidades de un tamizaje masivo, mientras que en otros solo permitía asegurar una cobertura cercana a la mitad de la población objetivo. En un estudio llevado a cabo en Argentina, la rotura de los mamógrafos y ecógrafos fue mencionada por las mujeres como una barrera de acceso a la mamografía y ecografía con la consecuencia de largas esperas (“hasta dos meses”) hasta tanto los equipos fueran reparados, y el endeudamiento por parte de las mujeres para poder pagar la realización de los estudios en un proveedor privado (Ramos et al, 2018). En 2019, el Instituto Nacional del Cáncer de Argentina llevó a cabo un Plan de calidad en mamografía del Programa Nacional de Control de Cáncer de Mama (Blanco et al, 2019). En ese Plan se identificó como una de las principales limitaciones del tamizaje mamográfico en Argentina era la dificultad que enfrentan los ministerios de salud provinciales para incorporar controles obligatorios y periódicos de la calidad de los equipos, ya sea por falta de personal capacitado o por falta de equipamiento. Un estudio llevado a cabo entre mujeres indígenas de Panamá, mostró que la barrera más importante era la inexisten-

cia de mamógrafos en sus comunidades, lo que desencadenaba otras barreras como distancia, transporte y costos. En Colombia, un foro organizado por el Instituto Nacional de Cancerología con participación de las principales sociedades científicas de ese país, vinculadas con la prevención del cáncer de mama, recalcó que la no reducción de la mortalidad en Colombia estaba relacionada con la baja cobertura de tamización en el grupo de población objeto, los problemas de calidad de la mamografía, así como el bajo acceso al diagnóstico y el tratamiento oportunos (Wiesnier et al, 2020). Una de las principales conclusiones del foro fue la necesidad de implementación de un sistema de garantía de calidad para la mamografía de tamización que mejore la seguridad para las mujeres, la calidad de la imagen, así como la precisión de los resultados de la interpretación (Wiesnier et al, 2020). Igualmente, Sardi et al (2019) identificaron que las principales barreras a la prevención del cáncer de mama incluían la falta de personal de salud debidamente capacitado, la escasez de centro de tamizaje mamográfico, y un sistema de salud fragmentado con demoras significativas e interrupciones en el proceso de atención.

La organización de los sistemas de salud, y específicamente la disponibilidad de equipamiento mamográfico, impacta en un mayor costo para muchas mujeres, por el tiempo que implica ir hasta una clínica para hacer la mamografía (Doede et al, 2018). Además del tiempo, el transporte puede llegar a representar un costo económico significativo, especialmente en lugares en

donde no existen mamógrafos y las mujeres deben viajar a otros distritos para poder realizar los estudios. Este es el caso, por ejemplo, de las mujeres de Tobago que deben viajar a Trinidad para poder hacer la mamografía. Las dificultades con el transporte también han sido reportadas en un estudio cualitativo llevado a cabo en Argentina que analiza las barreras al tratamiento que enfrentan las mujeres diagnosticadas con cáncer de mama, lo cual se agravaba con el aumento de la frecuencia de asistencia al hospital para realizar los múltiples estudios vinculados con el tratamiento (Ramos et al, 2018). Un relevamiento de barreras a la mamografía que se llevó a cabo entre actores claves del sistema de salud de zonas rurales de Panamá (Roquebort-León 2014) mostró que para los entrevistados la mayor barrera era la distancia, con un 76% de percepción como barrera, seguida del transporte (62.5%) y la consecución de citas (60.4%); mientras que la falta de técnicos ocupó un cuarto lugar dentro de las barreras (58%).

Determinantes a nivel de los proveedores de salud

Entre los principales determinantes positivos del tamizaje mamográfico están la buena comunicación y relación con los proveedores de salud. (Doede et al, 2018, IARC, 2016). En contraste, las experiencias negativas previas actúan como barreras al tamizaje (Doede et al, 2018).

En un estudio realizado en Canadá entre mujeres de tres grupos de edad, (< 30 años, 30-49 años, and \geq 50 años), el contacto y vínculo con el médico fue la influencia más importante para las diferentes modalidades de tamizaje para el cáncer de mama, en todos los grupos de edad (Stamler et al., 2000). En un estudio llevado a cabo en México, la derivación por parte de un profesional de salud aumentó cinco veces la probabilidad de realización de mamografía, así como la derivación luego de la realización del Papanicolau (OR: 3.5), mostrando que existe un gran potencial para el aumento de las mamografías si se utilizan las oportunidades de contacto con el sistema de salud que tienen las mujeres por otros temas de salud (Salinas-Martinez et al, 2017). También en México, otro estudio encontró que la confianza en los profesionales de la salud era una de las principales razones para la realización del tamizaje mamográfico (Gosein et al, 2014). De manera similar, en un estudio llevado a cabo en los países del Caribe, mostró que tener un contacto habitual con el sistema de salud estuvo asociado de manera significativa con el tamizaje mamográfico oportuno (Wang et al, 2018).



También son importantes los factores relacionados con cómo están organizados los servicios de salud. Los sistemas de turnos, los horarios de atención y los días y tiempos de espera pueden ser barreras o facilitadores dependiendo de cómo la atención esté organizada (o no lo esté) para responder a las necesidades de las mujeres (Doede et al, 2018). Así, la satisfacción con los servicios de salud por parte de las mujeres puede influir en la participación en el tamizaje mamográfico. Un estudio llevado a cabo en USA entre 397 mujeres que realizaron mamografías en tres hospitales universitarios mostró la importancia de cuatro componentes principales: la satisfacción con los servicios clínicos, la experiencia física y psicológica, y la comunicación con el personal clínico (Tang et al., 2009). Un estudio llevado a cabo en México que analizó determinantes sociales y del sistema de salud asociados con la realización de mamografías repetidas, encontró que el tiempo de espera (el día de la cita para la mamografía), la vergüenza y/o incomodidad sentida durante la realización de la mamografía y la sensación de frío que transmite el mamógrafo eran factores fundamentales en la decisión de repetir la mamografía según la recomendación clínica vigente (Salinas-Martínez et al., 2017). La revisión realizada por Doede et al, (2018) mostró que en México y Chile, la percepción de las mujeres acerca de la experiencia en la consulta clínica (staff competente, ser tratadas con dignidad, disponibilidad del equipo correcto, tiempos de espera razonables durante la consulta y para recibir los resultados) era un factor importante para el uso de los servicios de mamografía.

Asimismo la revisión resaltó cómo en Barbados, algunas mujeres sentían frustración con la experiencia clínica dado que sintieron que no se les proveyó el tiempo o la información necesaria para tomar decisiones informadas.

Barreras relacionadas a la pandemia por COVID-19

En América Latina, la pandemia por COVID-19 y las respectivas medidas de aislamiento para hacerle frente exacerbaron las desigualdades socioeconómicas y las dificultades de los sistemas sanitarios fragmentados (Bernabe-Ramirez, 2020). En control y prevención del cáncer, la pandemia ha impactado de manera considerable, perjudicando avances en distintos niveles (Barrios et al., 2021). Un estudio llevado a cabo por expertos de varios países de América Latina (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Honduras, México, Nicaragua, Perú y Uruguay) encontró una reducción significativa, entre marzo de 2019 y junio de 2020, en el número de primeras visitas a los servicios de oncología (variable según el país entre -28% y -38%), y de consultas de patología (entre -6% y -50%), de cirugía del cáncer (entre -28% y -70%) y de quimioterapia (entre -2% y -54%). En mamografía específicamente, se encontró una reducción significativa de entre el -32% y -100% (Vázquez Rosas et al., 2021). En Brasil, las mamografías de detección realizadas por el sistema público de salud (que cubre al 75% de la población) disminuyeron en un 58-80%, y las cirugías de cáncer de mama se redujeron en un 40% (Vázquez Rosas et al., 2021). En Honduras, las estimaciones apuntan a un descenso

del 80% en la detección de cánceres de mama y de cuello de útero (Vázquez Rosas et al., 2021).

En Chile se llevó a cabo una estimación del impacto de los diagnósticos tardíos de cáncer, producto de la pandemia por COVID-19 y las medidas de aislamiento, a través de un modelo de microsimulación centrado en la incidencia y la progresión del cáncer en una población virtual representativa a nivel nacional, y en las probabilidades de detección y supervivencia del cáncer. Para el cáncer de mama, se encontró que habría 869 muertes adicionales [418-1301], que representan un aumento del 10,4%, en comparación a un escenario sin COVID-19 (Ward et al., 2021).



b. Facilitadores para la realización del tamizaje mamográfico

A partir del marco analítico propuesto, de los determinantes sociales de la salud, analizamos los factores que pueden funcionar como facilitadores a la participación en el tamizaje mamográfico. Con el ánimo de no repetir aspectos anteriormente descritos, antes mencionados como “determinantes positivos”, nos centramos en estudios que analizan intervenciones específicas, y no únicamente la contracara a las barreras mencionadas.

Facilitadores a nivel del sistema de salud: organización programática y de los servicios de salud

Para contrarrestar el peso de factores socioeconómicos estructurales, como el nivel socioeconómico y la cobertura de salud (IARC, 2016), una revisión sistemática centrada en intervenciones para aumentar las tasas de mamografía entre las latinas de Estados Unidos concluyó que la intervención que mostró mejores resultados fue ofrecer mamografías sin costo para la mujer (Corcoran et al., 2010). En Brasil, un estudio encontró una asociación positiva entre la realización de mamografía y el hecho de ser beneficiaria de programas que buscan ampliar la cobertura en salud. Ejemplos de este tipo de estrategias implementadas en Brasil son el Programa “saúde suplementar” (salud complementaria), en el que el Estado regula el acceso a servicios sanitarios prestados exclusivamente en el ámbito privado, o la Estrategia de Salud Familiar, que contempla políticas de incentivos para la mejora y ampliación

de la atención primaria de salud (APS) (Ramos et al., 2018b).

Una investigación cualitativa realizada en Argentina encontró que mujeres con diagnóstico de cáncer de mamá mencionaban como un facilitador para la búsqueda de atención el hecho de recibir ayuda económica para el costo del transporte y traslado al hospital, ya sea por parte de un familiar o por dependencias de salud o autoridades municipales (Ramos et al, 2018). Si bien este estudio fue realizado entre mujeres con cáncer, la misma estrategia podría aplicarse para aumentar la accesibilidad de mujeres al tamizaje mamográfico, como por ejemplo las mujeres rurales, sobre todo de aquellas que enfrentan barreras geográficas o de costo de transporte (Agudelo Botero et al. 2013, Alegría-Delgado et al, 2019).

Uno de los aspectos clave para garantizar el éxito de los programas oportunistas son los dispositivos de búsqueda activa de un grupo de población o de pacientes. En México, un sistema de navegación basado en la priorización de pacientes según características clínicas demostró ser exitoso para reducir los tiempos de espera en el sistema de salud y lograr diagnósticos tempranos, superando las barreras que impiden el acceso temprano a la atención médica de calidad. De 561 pacientes, el 59% fueron clasificadas como prioridad "Roja", con una mediana de tiempo desde la estratificación hasta la primera evaluación médica de 4 días. Excluyendo a las que tenían un diagnóstico previo de cáncer de mama, 21 pacientes fueron diagnosticadas,

en su gran mayoría (72%) en un estadio temprano (0-II). La mediana de tiempo transcurrido desde el contacto inicial con la paciente hasta el diagnóstico y el inicio del tratamiento fue de 16 días y 39 días, respectivamente (Tamez-Salazar, 2020). En Colombia un estudio mostró una mejora de los resultados en pacientes con cáncer de mama que recibieron navegación, reflejado en un diagnóstico más temprano y una mejora de la sobrevida global y de la sobrevida libre de enfermedad, en relación a pacientes sin navegación (Herazo-Maya et al., 2015). En Chile, un estudio randomizado controlado demostró la efectividad de intervenciones educativas y de búsqueda activa integradas, para aumentar la realización de mamografía entre mujeres de bajos recursos de 50 a 70 años. La intervención, que consistió en brindar a las mujeres un consejo breve, un contacto personalizado por correo y un contacto telefónico en caso de que las mujeres no se realizaran la mamografía, demostró ser altamente efectiva. A largo plazo (10 años), además, la efectividad se sostuvo, gracias a la implementación de contactos por correo y mecanismos de difusión, así como a las tareas de promotores comunitarios de salud (Puschel et al., 2022).

En relación a estrategias que permitan aumentar la accesibilidad de las mujeres al tamizaje mamográfico, se destaca la posibilidad de realizar telemamografías para mejorar el acceso a la atención sanitaria en zonas con escasez de servicios. Un estudio realizado en Argentina encontró que hay un 59% de posibilidades de que la telemamografía sea costo-efectiva, en compara-

ción con la mamografía, para mujeres argentinas de riesgo mayores de 40 años (Malek Pascha, 2021). Este sería el primer trabajo que demuestra que la telemamografía puede garantizar la continuidad de la atención, aun en situaciones excepcionales como la pandemia de COVID-19, particularmente en países de bajos y medianos ingresos, o en regiones con menor disponibilidad de servicios.



Un aspecto clave para facilitar la organización de los programas de prevención de cáncer de mama, es la participación conjunta de entidades gubernamentales y de la sociedad civil. Un estudio realizado en Argentina, Brasil, Colombia, México y Venezuela, orientado a analizar las políticas y los programas gubernamentales para la atención del cáncer de mama, destacó que la capacidad de construir escenarios participativos en las etapas de formulación de políticas, entre actores gubernamenta-

les y no gubernamentales, redundaba en un mayor avance en las políticas públicas sobre el cáncer de mama (González-Robledo et al., 2013).. Es el caso de Brasil, Colombia y México, donde se pone de manifiesto una interacción entre legisladores, funcionarios públicos, grupos de interés y la población general, a través de la cual se han alcanzado acuerdos para el diseño, formulación e implementación participativas de las políticas de control del cáncer de mama (González-Robledo et al., 2013). Otro ejemplo de acciones programáticas realizadas entre actores gubernamentales y no gubernamentales a nivel del sistema de salud es el caso de Perú, donde PATH, una organización sanitaria internacional sin fines de lucro, colaboró con instituciones sanitarias locales y nacionales, como el Ministerio de Salud, el Instituto Nacional del Cáncer de Perú y el Instituto Regional del Cáncer del Norte, para establecer un modelo de atención para la detección precoz del cáncer de mama en comunidades de bajos recursos. El modelo piloto de detección precoz se centró en una red de salud de un pequeño pueblo de la región norte, una zona similar a muchas comunidades del país. Durante un período de 6 años, PATH trabajó con especialistas en cáncer y socios regionales para desarrollar, pilotear, adaptar y validar un modelo de atención integral para la detección temprana del cáncer de mama en entornos de bajos recursos, específicamente adaptado al contexto local. El proyecto incluyó educación sanitaria realizada por promotores de salud; realización de pruebas de detección del cáncer de mama por parte de matronas profesionales en atención primaria;

triaje por ultrasonido y toma de muestras de biopsia de las masas palpables detectadas por parte de médicos en hospitales locales; y navegación de las pacientes para garantizar atención oportuna. El proyecto dio lugar a la institucionalización de los elementos clave del programa (como la navegación de pacientes), la aprobación de la biopsia por aspiración con aguja fina (FNA, por sus siglas en inglés) para ser utilizada en el segundo y tercer nivel de salud, y la Creación de la Escuela de salud mamaria, en el Instituto Nacional de Cáncer de Perú. Este programa modelo demostró ser factible y económicamente viable (Bain et al., 2018).

Una manera de contrarrestar el inadecuado acceso a los servicios de salud es a través de la integración de los servicios con instituciones comunitarias u organizaciones no gubernamentales (ONGs), como por ejemplo las instituciones de micro-financiamiento (Strasser, 2015). Estudios llevados a cabo en América Latina, África y Asia han mostrado cómo intervenciones implementadas a través de instituciones de microfinanciamiento pueden mejorar la educación en salud, cambiar consultas de salud e incrementar el acceso a los servicios (Leatherman et al, 2012). Al tener una alta llegada territorial a la población objetivo del tamizaje mamográfico, este tipo de instituciones puede aumentar el acceso de las mujeres a la mamografía, mediante la integración de la promoción de la prevención del cáncer de mama en sus actividades. Un ejemplo de este modelo es Pro-mujer, una ONG que opera en Argentina, Bolivia, México, Nicaragua, y Perú.

Pro-mujer ha buscado integrar servicios de micro-financiamiento y servicios de salud para mujeres en áreas urbanas y suburbanas. Para esto, implementó un programa basado en brindar exámenes clínicos mamarios en atención primaria de la salud como parte de un paquete de servicios de salud reproductiva y general. Las acciones se focalizaron en cuatro aspectos del proceso de cuidado: accesibilidad geográfica, disponibilidad, accesibilidad económica y aceptabilidad. Como resultado de este programa, implementado entre enero de 2010 y diciembre de 2012 en estos cinco países latinoamericanos se realizaron alrededor de 175.000 exámenes clínicos mamarios, de los cuáles el 0,8% fueron derivados para diagnóstico y posible tratamiento (Geissler et al., 2015).

Facilitadores a nivel de los proveedores de salud

Un factor importante para garantizar la realización del tamizaje mamográfico es la atención recibida en el sistema de salud. En México y Chile, la percepción de buena calidad de la atención (confianza en el personal profesional, haber sido tratada dignamente, tener equipamiento adecuado y tiempos de espera razonables para la atención y recepción del resultado) fueron identificados por las mujeres como facilitadores de acceso al tamizaje en cáncer de mama (Doede et al., 2018; Püschel et al., 2009; Cruz-Castillo et al., 2015). En Argentina, mujeres con diagnóstico de cáncer de mama también reconocieron a la comunicación médico-paciente personalizada y afectuosa, junto con el buen trato del personal técnico, administrativo y de enferme-

ría, como un mecanismo facilitador para los cuidados y la continuidad del tratamiento (Ramos et al., 2018). Otro estudio realizado en México encontró que cuando las mujeres estaban conformes con la experiencia del tamizaje, la tendencia a repetirlo se cuadruplicaba (Salinas-Martínez et al., 2017). En esta línea, un estudio indicó que más de 80% de un grupo de mujeres brasileras se realizaría una mamografía si se lo indicara un profesional y la práctica estuviera disponible (Molina et al., 2003). Esto coincide con un estudio cualitativo realizado entre mujeres mexicanas que residen en Estados Unidos, que indicaron que tanto la indicación profesional, como la recomendación por parte de mujeres cercanas (hija o amiga), tienen una gran influencia para ellas en la realización de una mamografía (Tejeda et al., 2009).

Facilitadores a nivel de la mujer

Como mencionamos anteriormente, la comprensión y el conocimiento sobre el cáncer de mama y el tamizaje mamográfico son factores que favorecen la decisión de participar en el tamizaje (IARC, 2016). Un estudio llevado a cabo en Trinidad mostró que las mujeres con mayor nivel educativo tenían mayores conocimientos sobre los beneficios de la detección temprana del cáncer de mama y sabían que un resultado anormal de mamografía no significa necesariamente cáncer (Gosein, et al., 2014). Esto podría contrarrestar las creencias fatalistas que mencionamos más arriba como una barrera.

Dos estudios realizados en América Latina han mostrado ejemplos de intervenciones

educativas efectivas para aumentar la comprensión y el conocimiento sobre el cáncer de mama y el tamizaje mamográfico. Un estudio piloto llevado a cabo en escuelas rurales de México mostró que la implementación de programas educativos sobre cáncer de mama, dirigidos a adolescentes de comunidades rurales, fue viable y aceptable. El programa incrementó el conocimiento de las adolescentes acerca del cáncer de mama y promovió la transmisión intergeneracional de conocimiento a sus familiares mujeres. El estudio concluyó que la transmisión intergeneracional de conocimiento representa un método que permitiría aumentar el conocimiento y la concientización a nivel regional y global (Enrique Soto-Perez-de-Celis et al., 2017). En Honduras, un estudio en el que se incorporó educación sobre cáncer de mama y tamizaje oportunístico en un evento sobre tamizaje de cáncer cervicouterino, junto con los mecanismos necesarios de derivación para seguimiento, resultó en una alta realización de examen clínico mamario con bajo costo adicional (Kennedy et al., 2016). El estudio sugiere que, en aquellos lugares donde no hay disponibilidad de tamizaje mamográfico, este tipo de iniciativas de bajo costo podrían resultar en una detección más temprana del cáncer de mama.



Nota metodológica:

Para el análisis de los determinantes de la realización del tamizaje mamográfico se hizo una búsqueda de estudios realizados en América Latina en los últimos 15 años. La metodología utilizada se describe en el Anexo 1.

Referencias bibliográficas

Agudelo Botero M. (2013). Determinantes sociodemográficos del acceso a la detección del cáncer de mama en México: una revisión de las encuestas nacionales [Sociodemographic determinants of access to breast cancer screening in Mexico: a review of national surveys]. *Salud colectiva*, 9(1), 79–90. <https://doi.org/10.1590/S1851-82652013000100007>

Alegría-Delgado D, Huamani-Navarro M. Factores asociados a la toma de mamografía en mujeres peruanas: análisis de la Encuesta Demográfica de Salud Familiar, 2015. *An Fac med*. 2019;80(3):327-31. DOI:[https://10.15381/anales.803.16204](https://doi.org/10.15381/anales.803.16204)

Bain, C., Constant, T. H., Contreras, I., Vega, A., Jeronimo, J., & Tsu, V. (2018). Model for Early Detection of Breast Cancer in Low-Resource Areas: The Experience in Peru. *Journal of global oncology*, 4, 1–7. <https://doi.org/10.1200/JGO.17.00006>

Barrios CH, Werutsky G, Mohar A, et al. Cancer control in Latin America and the Caribbean: recent advances and opportunities to move forward. *Lancet Oncol*. 2021;22(11):e474-e487. doi:10.1016/S1470-2045(21)00492-7

Bernabe-Ramirez C, Velazquez AI, Olazagasti C, et al. The HOLA COVID-19 Study: An International Effort to Determine How COVID-19 Has Impacted Oncology Practices in Latin America. *Cancer Cell*. 2020;38(5):605-608. doi:10.1016/j.ccell.2020.10.013

Blanco S, Andisco D, Jiménez P, Luciani S. Calidad de la mamografía y tamizaje del cáncer de mama en Argentina. *Rev Panam Salud Publica*. 2019;43:e63. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.63>

Blanco S, Andisco D, Jiménez P, Luciani S. Calidad de la mamografía y tamizaje del cáncer de mama en Argentina. *Rev. Panam Salud Publica*. 2019;43:e63.

Constant TKH, Winkler JL, Bishop A, et al: Perilous uncertainty: Situating women's breast-healthseeking in northern Peru. *Qual Health Res* 24:811-823, 2014

Corcoran, J., Dattalo, P., & Crowley, M. (2010). Interventions to increase mammography rates among U.S. Latinas: a systematic review. *Journal of women's health* (2002), 19(7),

1281-1288. <https://doi.org/10.1089/jwh.2009.1621>

Cruz-Castillo, A. B., Hernández-Valero, M. A., Hovick, S. R., Campuzano-González, M. E., Karam-Calderón, M. A., & Bustamante-Montes, L. P. (2015). A Study on the Knowledge, Perception, and Use of Breast Cancer Screening Methods and Quality of Care Among Women from Central Mexico. *Journal of cancer education : the official journal of the American Association for Cancer Education*, 30(3), 453-459. <https://doi.org/10.1007/s13187-014-0722-y>

Cruz-Castillo, A. B., Hernández-Valero, M. A., Hovick, S. R., Campuzano-González, M. E., Karam-Calderón, M. A., & Bustamante-Montes, L. P. (2015). A Study on the Knowledge, Perception, and Use of Breast Cancer Screening Methods and Quality of Care Among Women from Central Mexico. *Journal of cancer education : the official journal of the American Association for Cancer Education*, 30(3), 453-459. <https://doi.org/10.1007/s13187-014-0722-y>

Doede, A. L., Mitchell, E. M., Wilson, D., Panagides, R., & Oriá, M. (2018). Knowledge, Beliefs, and Attitudes About Breast Cancer Screening in Latin America and the Caribbean: An In-Depth Narrative Review. *Journal of global oncology*, 4, 1-25. <https://doi.org/10.1200/JGO.18.00053>

Dois, A., Bravo, P., Fernández-González, L., & Uribe, C. (2021). Consideraciones para comunicar riesgos y beneficios de la mamografía a mujeres desde la perspectiva de los expertos. *Revista médica de Chile*, 149(2), 196-202.

Espinosa de Los Monteros, K., & Gallo, L. C. (2011). The relevance of fatalism in the study of Latinas' cancer screening behavior: a systematic review of the literature. *International journal of behavioral medicine*, 18(4), 310-318. <https://doi.org/10.1007/s12529-010-9119-4>

Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, Bray F (2020). *Global Cancer Observatory: Cancer Today*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. Available from: <https://gco.iarc.fr/today>, ultimo acceso [14/22/2022].

Geissler, K.H, Leatherman S. (2015) Providing primary health care through integrated microfinance and health services in Latin America. *Social Science & Medicine*, 132: 30-37. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.03.013>

González-Robledo, M. C., González-Robledo, L. M., Nigenda, G. (2013) Formulación de políticas públicas sobre el cáncer de mama en América Latina. *Rev Panam Salud Pública*;33(3) 183-189, mar. 2013. Retrieved from http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892013000300004

Gosein MA, Pinto Pereira SM, Narinesingh D, et al: Breast cancer and mammography: Knowledge, attitudes, practices and patient satisfaction post-mammography at the San Fernando General Hospital, Trinidad. *J Health Care Poor Underserved* 25:142-160, 2014

Gosein, M. A., Pinto Pereira, S. M., Narinesingh, D., & Ameeral, A. (2014). Breast cancer and mammography: knowledge, attitudes, practices and patient satisfaction post-mammography at the San Fernando General Hospital, Trinidad. *Journal of health care for the poor and underserved*, 25(1), 142-160. <https://doi.org/10.1353/hpu.2014.0043>

Goss, P. E., Lee, B. L., Badovinac-Crnjevic, T., Strasser-Weippl, K., Chavarri-Guerra, Y., St Louis, J., Villarreal-Garza, C., Unger-Saldaña, K., Ferreyra, M., Debiasi, M., Liedke, P. E., Touya, D., Werutsky, G., Higgins, M., Fan, L., Vasconcelos, C., Cazap, E., Vallejos, C., Mohar, A., Knaul, F., ... Azenha, G. (2013). Planning cancer control in Latin America and the Caribbean. *The Lancet. Oncology*, 14(5), 391-436. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(13\)70048-2](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(13)70048-2)

Herazo-Maya F, Garcia H, Yepes A, et al. Navigation programs' impact in a Colombian breast cancer patients cohort. *J Clin Oncol*. 2015;33(15) (suppl):e17553.

IARC Handbooks of Cancer Prevention: breast cancer screening, Volume 15. Lyon, 2016.

Kennedy, L. S., Bejarano, S. A., Onega, T. L., Stenquist, D. S., & Chamberlin, M. D. (2016). Opportunistic Breast Cancer Education and Screening in Rural Honduras. *Journal of global oncology*, 2(4), 174-180. <https://doi.org/10.1200/JGO.2015.001107>

Leatherman S, Metcalfe M, Geissler K, Dunford C. Integrating microfinance and health strategies: examining the evidence to inform policy and practice. *Health Policy Plan* 2012;27:85-101.

Malek Pascha VA, Sun L, Gilardino R, Legood R. Telemammography for breast cancer screening: a cost-effective approach in Argentina. *BMJ Health Care Inform*. 2021 Jul;28(1):e100351. doi: 10.1136/bmjhci2021-100351. PMID: 34281995; PMCID: PMC8290945.

Mitra I, Mishra GA, Dikshit RP, Gupta S, Kulkarni VY, Shaikh HKA, Shastri SS, Hawaldar R, Gupta S, Pramesh CS, Badwe RA. Effect of screening by clinical breast examination on breast cancer incidence and mortality after 20 years: prospective, cluster randomised controlled trial in Mumbai. *BMJ*. 2021 Feb 24;372:n256. doi: 10.1136/bmj.n256. Erratum in: *BMJ*. 2021 Mar 19;372:n738. PMID: 33627312; PMCID: PMC7903383.

Modeste NN, Caleb-Drayton VL, Montgomery S: Barriers to early detection of breast cancer among women in a Caribbean population. *Rev Panam Salud Publica* 5:152-156, 1999.

Molina, L., Dalben, I., & de Luca, L. A. (2003). Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama [An analyze the opportunities of early detection of breast cancer]. *Revista da Associacao Medica Brasileira* (1992), 49(2), 185-190. <https://doi.org/10.1590/s0104-42302003000200039>

Nuche-Berenguer B, Sakellariou D (2019) Socioeconomic determinants of cancer screening utilisation in Latin America: A systematic review. *PLoS ONE* 14(11): e0225667. <https://doi.org/10.1271/journal.pone.0225667>

Nuche-Berenguer, B., & Sakellariou, D. (2021). Socioeconomic Determinants of Participation in Cancer Screening in Argentina: A Cross-Sectional Study. *Frontiers in public health*, 9, 699108. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.699108>

ONU Mujeres Argentina, Perfil de país según igualdad de género, 2020. Accesible en: https://argentina.un.org/sites/default/files/2020-12/PPIG_Argentina-fn_ESP_2020.pdf. Ultimo acceso Septiembre 9, 2022. Akinyemiju TF (2012). Socio-economic and health access determinants of breast and cervical cancer screening in low-income countries: analysis of the World Health Survey. *PLoS One*. 7(11) e48834. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0048834> PMID:23155413

Organización Mundial de la Salud. (2017) . Lucha contra las ENT: «mejores inversiones» y otras intervenciones recomendadas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259351>.

PAHO, Profile of Capacity and Response to Noncommunicable Diseases and Their Risk Factors in the Region of the Americas: Country Capacity Survey Results, 2017. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 2021. <https://doi.org/10.37774/9789275122600>.

Palència L, Espelt A, Rodríguez-Sanz M, Puigpinós R, Pons-Vigués M, Pasarín MI, et al. (2010). Socio- economic inequalities in breast and cervical cancer screening practices in Europe: influence of the type of screening program. *Int J Epidemiol*. 39(3):757-65. doi:10.1093/ije/dyq003 PMID:20176587

Ponce M. (2012) *Rev Argent Salud Pública*, *Rev Argent Salud Pública*, 2012; 3(13):6-12Vol.

3 - Nº 13, Diciembre 2012

Puschel K, Rioseco A, Soto G, et al. Long-term Mammography Utilization after an Initial Randomized Intervention Period by all Underserved Chilean Women in the Clinics. *Cancers (Basel)*. 2022;14(15):3734. Published 2022 Jul 31. doi:10.3390/cancers14153734

Püschel, K., Thompson, B., Coronado, G., Gonzalez, K., Rain, C., & Rivera, S. (2010). 'If I feel something wrong, then I will get a mammogram': understanding barriers and facilitators for mammography screening among Chilean women. *Family practice*, 27(1), 85–92. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmp080>

Ramos Herrera, I. M., Lemus Flores, M. G., Reyna Sevilla, A., González Castañeda, M. E., Torres Gutiérrez, F. A., Crocker Sagastume, R. C., Robles Pastrana, J. D., & Vázquez Castellanos, J. L. (2022). Public Policies and Programs for the Prevention and Control of Breast Cancer in Latin American Women: Scoping Review. *JMIR cancer*, 8(3), e32370. <https://doi.org/10.2196/32370>

Ramos S., Straw C., Viniegra M, Almada C., Schneider M, Pesce V, Mignini L., Tabares G., Robles N., Romero I., Moretto M. (2018). “Barreras y facilitadores en las trayectorias de mujeres con cáncer de mama usuarias de hospitales públicos”. *Rev Argent Salud Pública*, 2018a; 9(36): 14-21

Ramos, Antônio Carlos Vieira et al. Estratégias Saúde da Família, saúde suplementar e desigualdade no acesso à mamografia no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública* [online]. 2018b, v. 42 [Acessado 17 Novembro 2022] , e166. Disponível em: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.166>>. Epub 23 Out 2018. ISSN 1680-5348. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.166>.

Roquebort León M. (2014). Estudio cualitativo, descriptivo para investigar barreras y oportunidades en la atención de saludde cáncer de mama en mujeres de las provincias de Chiriquí, Herrera, Los Santos, Veraguas y en mujeres indígenas de Panamá. Año 2014. G. Susan G. Komen.

Salinas-Martínez AM, Gaspar-Rivera JE, Juárez-Pérez O, et al: Prevalence and determinants of repeat mammography among women from a developing country. *J Community Health* 42:252-259, 2017.

Salinas-Martínez, A. M., Gaspar-Rivera, J. E., Juárez-Pérez, O., Montañez-Sauceda, J. R., Núñez-Rocha, G. M., Guzmán-de-la-Garza, F. J., & Mathiew-Quirós, Á. (2017). Prevalence and Determinants of Repeat Mammography Among Women from a Developing Country.

Journal of community health, 42(2), 252–259. <https://doi.org/10.1007/s10900-016-0250-2>

Santos GD, Chubaci RYS: Awareness about breast cancer and mammography in elderly women who frequent Daycare Centers in São Paulo (SP, Brazil) [in Portuguese]. *Ciência Saúde Coletiva*, Rio Janeiro 16:2533-2540, 2011

Sardi, A., Orozco-Urdaneta, M., Velez-Mejia, C., Perez-Bustos, A. H., Munoz-Zuluaga, C., El-Sharkawy, F., Parra-Lara, L. G., Córdoba, P., Gallo, D., Sittig, M., King, M. C., Nieroda, C., Zambrano-Vera, K., & Singer, J. (2019). Overcoming Barriers in the Implementation of Programs for Breast and Cervical Cancers in Cali, Colombia: A Pilot Model. *Journal of global oncology*, 5, 1–9. <https://doi.org/10.1200/JGO.19.00054>

Schneider IJC, Corseuil MW, Boing AF, D’Orsi E. Knowledge about mammography and associated factors: population surveys with female adults and elderly. *Rev Bras Epidemiol* 2013; 16(4):930-942.

Silva, T. B., Mauad, E. C., Carvalho, A. L., Jacobs, L. A., & Shulman, L. N. (2013). Difficulties in implementing an organized screening program for breast cancer in Brazil with emphasis on diagnostic methods. *Rural and remote health*, 13(2), 2321.

Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health Discussion Paper 2 (Policy and Practice)*

Soto-Perez-de-Celis, E., Smith, D. D., Rojo-Castillo, M. P., Hurria, A., Pavas-Vivas, A. M., Gitler-Weingarten, R., Mohar, A., & Chavarri-Guerra, Y. (2017). Implementation of a School-Based Educational Program to Increase Breast Cancer Awareness and Promote Intergenerational Transmission of Knowledge in a Rural Mexican Community. *The oncologist*, 22(10), 1249–1256. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2017-0063>

Stamler LL, Thomas B, Lafreniere K (2000). Working women identify influences and obstacles to breast health practices. *Oncol Nurs Forum*, 27(5):835–42. PMID:10868394

Strasser-Weippl, K., Chavarri-Guerra, Y., Villarreal-Garza, C., Bychkovsky, B. L., Debiasi, M., Liedke, P. E., Soto-Perez-de-Celis, E., Dizon, D., Cazap, E., de Lima Lopes, G., Jr, Touya, D., Nunes, J. S., St Louis, J., Vail, C., Bukowski, A., Ramos-Elias, P., Unger-Saldaña, K., Brandao, D. F., Ferreyra, M. E., Luciani, S., ... Goss, P. E. (2015). Progress and remaining challenges for cancer control in Latin America and the Caribbean. *The Lancet. Oncology*, 16(14), 1405–1438. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(15\)00218-1](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(15)00218-1)

Tamez-Salazar, J., Mireles-Aguilar, T., de la Garza-Ramos, C., Garcia-Garcia, M., Ferrigno, A.

- S., Platas, A., & Villarreal-Garza, C. (2020). Prioritization of Patients with Abnormal Breast Findings in the Alerta Rosa Navigation Program to Reduce Diagnostic Delays. *The oncologist*, 25(12), 1047-1054. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.2020-0228>
- Tang TS, Patterson SK, Roubidoux MA, Duan L (2009). Women's mammography experience and its impact on screening adherence. *Psychooncology*, 18(7):727-34. doi:10.1002/pon.1463 PMID:19035468}
- Tejeda S, Thompson B, Coronado GD, Martin DP. Barriers and facilitators related to mammography use among lower educated Mexican women in the USA. *Soc Sci Med*. 2009;68(5):832-839. doi:10.1016/j.socscimed.2008.12.023
- Vázquez Rosas T, Cazap E, Delgado L, et al. Social Distancing and Economic Crisis During COVID-19 Pandemic Reduced Cancer Control in Latin America and Will Result in Increased Late-Stage Diagnoses and Expense. *JCO Glob Oncol*. 2021;7:694-703. doi:10.1200/GO.21.00016.
- Vieira, R. A., Lourenço, T. S., Mauad, E. C., Moreira Filho, V. G., Peres, S. V., Silva, T. B., & Lattore, M. (2015). Barriers related to non-adherence in a mammography breast-screening program during the implementation period in the interior of São Paulo State, Brazil. *Journal of epidemiology and global health*, 5(3), 211-219. <https://doi.org/10.1016/j.jegh.2014.09.007>
- Viniegra, M, Paolino M., Arrossi S. *Cáncer de mama en Argentina: organización, cobertura y calidad de las acciones de prevención y control: Informe final julio 2010 : diagnóstico de situación del Programa Nacional y Programas*. -1a ed. - Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud - OPS, 2010.
- Wang, K. H., Thompson, T. A., Galusha, D., Friedman, H., Nazario, C. M., Nunez, M., Maharaj, R. G., Adams, O. P., Nunez-Smith, M., & ECHORN Writing Group (2018). Non-communicable chronic diseases and timely breast cancer screening among women of the Eastern Caribbean Health Outcomes Research Network (ECHORN) Cohort Study. *Cancer causes & control : CCC*, 29(3), 315-324. <https://doi.org/10.1007/s10552-018-1005-4>
- Ward ZJ, Walbaum M, Walbaum B, et al. Estimating the impact of the COVID-19 pandemic on diagnosis and survival of five cancers in Chile from 2020 to 2030: a simulation-based analysis. *Lancet Oncol*. 2021;22(10):1427-1437. doi:10.1016/S1470-2045(21)00426-5
- Wiesner, C., Diaz, S., Sánchez, O., Puerto, D., Bravo, L. E., & Murillo, R. (2020). Políticas basadas en la evidencia científica: El caso del control del cáncer de mama en Colombia.

Revista Colombiana de Cancerología, 24(3), 103-112.

Yabroff KR, Reeder-Hayes K, Zhao J, Halpern MT, Lopez AM, Bernal-Mizrachi L, et al. (2020). Health Insurance Coverage Disruptions and Cancer Care and Outcomes: Systematic Review of Published Research. *J Natl Cancer Inst.* 112 (7): 671-87. <https://doi.org/10.1093/jnci/djaa048%20PMID:32337585>

Anexo 1

Metodología para la búsqueda de estudios realizados en América Latina sobre determinantes de acceso a la mamografía.

Metodología

Se realizaron búsquedas bibliográficas seleccionando investigaciones que aporten evidencia sobre los determinantes de realización del tamizaje mamográfico en América Latina, publicados en los últimos 15 años. En algunos casos, se incluyó bibliografía publicada anteriormente a esa fecha, por la relevancia del artículo. Además de búsquedas por descriptores específicos, se siguió el principio de “bola de nieve”, por el cual se revisaron las referencias bibliográficas citadas en la literatura identificada, que fueran acordes a los criterios establecidos.

Se realizaron búsquedas en PubMed utilizando los siguientes descriptores: “(mammography) AND (Latin America)”; “(policies) AND (breast cáncer) AND (Latin America)”; “(facilitators) AND (mammography) AND (latina)”; “(facilitators) AND (mammography) AND (Latin America)”; “(breast cancer) AND (access) AND (Latin America)”; “(breast cancer) AND (Latin America) AND (screening)”; y “(barriers) AND (breast cancer) AND (Latin America)”: También se realizaron búsquedas en la base de datos Scielo con los siguientes descriptores: “(facilitadores) AND (cáncer de mama)”; “(facilitadores) AND (mamografía)”; “(mamografía) AND (acceso)”; “(cáncer de mama) AND (América Latina)”; “(acceso) AND (tamizaje) AND (cáncer de mama)”; “(tamizaje) AND (cáncer de mama)” y “(barreras) AND (mamografía)”. Otra búsqueda se realizó en la base de datos Biblioteca Virtual en Salud con los siguientes términos: “(cáncer de mama) AND (facilitadores)”; y “(tamizaje) AND (cáncer de mama)”. Por último, se hizo una búsqueda en Google Academics con los descriptores: “(facilitadores) AND (cáncer de mama) AND (América Latina)”. Para relevar investigaciones relativas al impacto del COVID-19, se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed con los siguientes descriptores: “(covid-19) AND (breast cancer) AND (Latin America)” y “(covid-19) AND (cancer) AND (Latin America)”.

Anexo 2

| PAÍS | RECOMENDACIÓN, PROGRAMA O GUÍA NACIONAL | | | MAMÓGRAFOS | MAMÓGRAFOS POR MUJERES |
|-----------|---|---|-----------------------|--------------------|------------------------|
| | MÉTODO DE SCREENING | POBLACIÓN OBJETIVO (años) | INTERVALO (años) | | |
| Argentina | Mamografía bilateral Ecografía mamaria (para precisar mamografía) | 50-69 | 2 | 377 | S/D |
| Bolivia | Autoexamen mamario Mamografía | >20 >40 | Mensual 2 | S/D | S/D |
| Brasil | Mamografía | 50-69 | 2 | 6642 (6377 en uso) | S/D |
| Chile | Mamografía | 50-74 | 2 | S/D | S/D |
| Colombia | Mamografía bilateral (menos no) Examen clínico mamario | 50-69 (<49 no) >40 años | 2 1 | S/D | S/D |
| Ecuador | Mamografía bilateral Examen físico | >50 25-49 | 2 1 | 32 | S/D |
| Guatemala | Autoexamen Evaluación clínica Mamografía | Desde primera menstruación Desde primera menstruación >50 | Mensual 1 1 a 2 | S/D | S/D |
| México | Mastografía Exploración clínica | 40-69 25-69 | 2 1 | 1474 (año 2016) | S/D |
| Panamá | Mamografía Autoexamen (no reemplaza mamo) | >50 y 40-49 | 1 y 2 1 | S/D | S/D |
| Paraguay | Mamografía Autoexploración | 35 años y >40 | 1 Mensual | S/D | S/D |
| Perú | Mamografía | 50-69 | 2 o 3 | 25 (37 en uso) | 1/10.611 |
| Uruguay | Mamografía Autoexamen y examen clínico (no reemplaza mamo) | 50-69 | 2 | S/D | S/D |

| PAÍS | RECOMENDACIÓN, PROGRAMA O GUÍA NACIONAL | | INFORME DE SITUACIÓN | TAMIZAJE EFECTIVO POR AÑO | TAMIZAJE IDEAL |
|-----------|---|-----------|----------------------|---|--|
| | NOMBRE Y LINK | FECHA | | | |
| Argentina | Programa Nacional de Control de Cáncer de Mama (PNCM) | 2018 | S/D | S/D | 50% de la población objetivo por año para llegar al 100% en el próximo |
| Bolivia | Plan Nacional de Prevención Control y Seguimiento de Cáncer de Mama | 2009-2015 | S/D | S/D | S/D |
| Brasil | Parámetros Técnicos para el Rastreo del Cáncer de Mama | 2021 | S/D | 2021: 3.145.930 mamografías de tamizaje | 50% de la población objetivo por año para llegar al 100% en el próximo |
| Chile | Guía de Práctica Clínica de Cáncer de Mama | 2020 | S/D | S/D | S/D |
| Colombia | Guía de Práctica Clínica (GPC) para la detección temprana, tratamiento integral, seguimiento y rehabilitación de pacientes con cáncer de mama | 2013 | S/D | S/D | S/D |
| Ecuador | Estrategia Nacional para la Atención Integral de Cáncer en Ecuador | 2017 | S/D | S/D | S/D |
| Guatemala | Guía de Prevención y atención integral de Cáncer (capítulo sobre mama) | 2016 | S/D | S/D | S/D |
| México | Programa de Acción Específico de Prevención y Control del Cáncer (general) | 2021 | Sí | 24.4% (año 2018) para la mastografía | S/D |
| Panamá | Plan Estratégico Nacional para la Prevención y el Control Integral de las Enfermedades No Transmisibles y sus Factores de Riesgo | 2014-2019 | S/D | S/D | S/D |
| Paraguay | Guía de Diagnóstico y Tratamiento del Cáncer de Mama | 2021 | S/D | S/D | S/D |
| Perú | Plan Nacional para la Prevención y Control de Cáncer de Mama en el Perú | 2017-2021 | Sí | S/D | 80% anual (392.602 mujeres) |
| Uruguay | Guía de Práctica Clínica para la detección temprana del Cáncer de mama | 2005 | Sí | S/D | S/D |



 pro mujer *Salud* Tod@s por *Ellas*