

Alianza por la transparencia, calidad y equidad en el cribado de cáncer de mama (18 de abril de 2026)

Resumen ejecutivo

Los datos más recientes disponibles sobre el Programa de Cribado de Cáncer de Mama en la Región de Murcia (PCCM) —procedentes del informe del Ministerio de Sanidad (2026) y del informe técnico de la Red Española de Programas de Cribado de Cáncer de Mama (2023)— no solo identifican áreas de mejora, sino que evidencian un **patrón sostenido de funcionamiento subóptimo** que requiere una respuesta urgente desde el ámbito de la política sanitaria.

En particular, se observa una **tasa de detección inferior a la media nacional** y una **infrautilización persistente de pruebas complementarias** ante hallazgos dudosos. Este conjunto de indicadores se acompaña de un dato especialmente preocupante: un **15,79% de cánceres detectados en revisiones intermedias**, el valor más elevado del conjunto de comunidades autónomas en el año 2023 y muy por encima de los estándares recomendados.

Este patrón —caracterizado por baja detección inicial y un elevado peso de diagnósticos fuera del circuito habitual de cribado— es consistente con una **menor sensibilidad efectiva del programa**, es decir, con una capacidad insuficiente para identificar tumores en el momento en que deberían ser detectados. En términos clínicos y de salud pública, esto se traduce en **retrasos diagnósticos potencialmente evitables**, con impacto en el pronóstico, la intensidad de los tratamientos y la experiencia de las mujeres.

Considerando el volumen de actividad del programa y asumiendo la persistencia del patrón observado en los últimos años, **puede estimarse que en torno a 30–35 mujeres por bienio —y aproximadamente entre 150 y 180 en la última década— habrían sido diagnosticadas fuera del circuito de cribado** cuando, en un programa con niveles de sensibilidad comparables al promedio nacional, probablemente habrían sido detectadas de forma más precoz. En términos globales, esto sugiere que **cerca del 10% de los cánceres de mama detectados en el PCCM en los últimos diez años podrían haberse diagnosticado con retraso evitable**, con implicaciones clínicas y terapéuticas.

El exceso de revisiones anticipadas observado sugiere que en la última década podrían haber más de **10.000 mujeres afectadas por dudas diagnósticas** que en programas con mejor resolución inicial se habrían aclarado en el estudio de control ordinario.

A esta situación se suma un elemento especialmente grave desde el punto de vista de gobernanza: la **ausencia sistemática de publicación de indicadores clave**, como las tasas de cobertura, tasas de cánceres de intervalo o de pruebas invasivas, imprescindibles para evaluar la calidad del programa. Esta falta de transparencia impide un análisis completo, dificulta la rendición de cuentas y retrasa la adopción de medidas correctoras.

Asimismo, el **modelo de provisión vigente** —basado en una externalización significativa y en sistemas de pago que no favorecen la calidad diagnóstica— introduce incentivos potencialmente contrarios a los objetivos del programa, favoreciendo dinámicas de infra-intensidad diagnóstica. El **mejor desempeño observado en la unidad de cribado de titularidad pública**, que apunta a la relevancia del modelo organizativo y de integración asistencial en los resultados del programa. En conjunto, la evidencia disponible no apunta a desviaciones puntuales, sino a un **problema estructural del PCCM**, condicionado por factores organizativos, contractuales y de gobernanza, y mantenido en el tiempo sin corrección efectiva.

Ante esta situación, resulta imprescindible una **intervención urgente, integral y basada en evidencia**, orientada a reforzar la transparencia, mejorar la calidad diagnóstica, revisar los modelos de provisión e introducir mecanismos efectivos de control y evaluación. En este contexto se constituye la **Alianza por la transparencia, calidad y equidad en el cribado de cáncer de mama de la Región de Murcia**, con el objetivo de promover un análisis independiente, impulsar reformas estructurales del programa y garantizar que el PCCM cumpla su función esencial: **detectar precozmente el cáncer de mama con criterios de calidad, equidad y seguridad para las mujeres** (Tabla 1)

Tabla 1: Peticiones de la Alianza por la transparencia, calidad y equidad en el cribado de cáncer de mama de la Región de Murcia

Áreas	Demandas específicas
1. Transparencia y rendición de cuentas	1. Publicación inmediata del informe del bienio 2023–2024
	2. Incrementar a anual la periodicidad de los informes
	3. Publicación de tasa de cánceres de intervalo
	4. Publicación de tasas de pruebas invasivas
	5. Publicación tasas de cobertura
	6. Protocolo integral del PCCM accesible y actualizado
	7. Auditoría externa independiente (calidad tecnológica y lectura radiológica)
2. Calidad del programa	8. Adecuación en el uso de pruebas complementarias (ecografía/biopsia)
	9. Reducción de revisiones anticipadas (<2%)
	10. Revisión de criterios de derivación para pruebas complementarias (ecografía, tomografía y/o biopsia)
	11. Mejora de la sensibilidad del programa (reducción tasas de cánceres de intervalo)
	12. Mejora de las tasas de detección
3. Gobernanza participativa	13. Mejora de los tiempos de respuesta
4. Perspectiva de las mujeres	14. Creación de una Comisión Autónoma de seguimiento del PCCM con participación de sociedades científicas, representantes de la ciudadanía y asociaciones de mujeres, atención primaria y servicios clínicos implicados
5. Actualización tecnológica	15. Encuestas periódicas de satisfacción y experiencia con incorporación en planes de mejora
6. Integración de Atención Primaria	16. Publicación de la estrategia sobre Tomosíntesis Digital Mamográfica (situación y calendario)
7. Provisión del programa	17. Participación de AP en captación activa, información y toma de decisiones compartidas
	18. Realización del PCCM exclusivamente en centros sanitarios públicos
	19. Revisión de los actuales modelos de contratación para que incentiven la calidad
	20. Evaluación del impacto en calidad, satisfacción, tiempos y resultados de la reciente externalización/privatización del circuito

Introducción

El programa de cribado de cáncer de mama en la Región de Murcia (PCCM) constituye una de las intervenciones de salud pública con mayor impacto en las mujeres, tanto en su dimensión biológica como en la psicológica. Su implementación refuerza la percepción de cuidado, vigilancia y acompañamiento por parte del sistema sanitario, contribuyendo a disminuir la incertidumbre y el miedo asociados al cáncer de mama. Al mismo tiempo, promueve una mayor conciencia sobre la propia salud, favorece conductas preventivas y otorga a las mujeres un papel más activo en el autocuidado. Sin embargo, también puede generar ansiedad anticipatoria en los procesos de espera y en relación con los resultados, lo que subraya la importancia de una gestión sensible y centrada en la persona. Asimismo, la existencia de retrasos diagnósticos evitables introduce un riesgo añadido de daño clínico e inequidad.

La crisis del programa de cribado en Andalucía actuó como un catalizador que visibilizó problemas hasta entonces poco explicitados en otros territorios, incluida la Región de Murcia. En este contexto, comenzaron a emerger a finales del año 2025 testimonios de mujeres murcianas que referían esperas prolongadas, déficits en la información recibida y, en algunos casos, una percepción de funcionamiento inadecuado del programa con retrasos diagnósticos significativos. Este fenómeno supuso una quiebra en la confianza y en la vivencia de seguridad que el PCCM debía generar, evidenciando la necesidad de reforzar la transparencia, la comunicación y la capacidad de respuesta del sistema sanitario ante las expectativas legítimas de las mujeres.

Conviene recordar que los programas poblacionales de cribado solo alcanzan su máximo impacto cuando se desarrollan bajo modelos poblacionales organizados, con altos niveles de cobertura, trazabilidad, control de calidad y equidad en el acceso. Cualquier debilitamiento de estos elementos —ya sea por demoras, opacidad informativa o cambios en los modelos de provisión— compromete tanto los resultados clínicos como la cohesión del sistema sanitario.

Ante la creciente alarma social generada en torno al PCCM y la ausencia de información por parte de la Consejería de Salud de la Región de Murcia¹, la Asociación para la Defensa de la Sanidad Pública de la Región de Murcia (ADSP-RM) elaboró en noviembre de 2025 un informe de evaluación del PCCM utilizando los datos publicados más cercanos temporalmente (bienio 2021-2022)².

¹ Ver, por ejemplo <https://www.laverdad.es/murcia/salud-rechaza-enviar-ministerio-datos-cribados-cancer-20251021121447-nt.html>

² Se utilizó para el informe de la ADSP el documento “Pronóstico del cáncer de mama en mujeres de la Región de Murcia a los 10 años” accesible en https://sms.carm.es/ricsmur/bitstream/handle/123456789/18624/BEM.2025.45.895.pdf?isAllowed=y&sequence=1&utm_source=chatgpt.com y el informe “Indicadores de proceso y resultado. Bienio 2021-2022” accesible en https://sms.carm.es/ricsmur/bitstream/handle/123456789/12604/RESULTADOS_2021-22.pdf?isAllowed=y&sequence=1&utm_source=chatgpt.com

El informe de la ADSP-RM concluyó que el programa presentaba un funcionamiento globalmente adecuado, si bien señalaba de forma explícita la necesidad de actualizar la información, mejorar e incorporar determinados indicadores (como las tasas de cáncer de intervalo) y reforzar los sistemas de control de calidad y transparencia³.

En enero de 2026, el Ministerio de Sanidad publicó el *Informe de situación de los procesos del programa de cribado de cáncer de mama en España (año 2025)*⁴ (en adelante IM), un documento elaborado a partir de la información proporcionada por todas las CC.AA. con el objetivo de describir la organización, funcionamiento y características del programa en el conjunto del Sistema Nacional de Salud. Este informe constituye una referencia actualizada sobre el estado del cribado en España y permite identificar tanto elementos comunes como áreas de variabilidad organizativa entre territorios. En el caso de la Región de Murcia, la comparación indirecta con las prácticas descritas en otras comunidades pone de manifiesto un cierto retraso en la actualización de algunos componentes clave del programa.

Recientemente hemos accedido a los datos del PCCM regional correspondientes al año 2023, en un informe no detectado previamente (no utilizado, por tanto, en la evaluación que la ADSP-RM realizó en noviembre de 2025) publicado en la web de la Red Española de Programas de Cribado de Cáncer de Mama⁵.

La iniciativa de la Alianza, por tanto, implica, además de una exigencia pública de mejoras e información, una reevaluación de PCCM regional a la luz de los nuevos datos conocidos.

Objetivos de la iniciativa

La *Alianza por la transparencia, calidad y equidad en el cribado de cáncer de mama* surge como un espacio de colaboración entre sociedades científicas, organizaciones ciudadanas, sindicatos y fuerzas políticas, con el propósito de impulsar mejoras sustantivas del PCCM, basadas en las mejores evidencias científicas y la percepción/satisfacción de las mujeres, considerando una perspectiva de salud pública, equidad y buen gobierno.

³ Ver, por ejemplo, <https://www.laopiniondemurcia.es/comunidad/2025/11/17/cribado-cancer-mama-region-permite-123807893.html>

⁴ Accesible en https://www.sanidad.gob.es/eu/areas/promocionPrevencion/cribado/cribadoCancer/cancerMama/docs/informeDeSituacionCribadoCancerMama_2025.pdf

⁵ Accesible desde <https://cribadocancer.es/indicadores-cancer-de-mama/>

Sus objetivos son:

1. Promover la transparencia y la rendición de cuentas
2. Mejorar la calidad del programa de cribado de cáncer de mama regional
3. Impulsar un modelo de gobernanza participativa
4. Incorporar la perspectiva de las mujeres participantes
5. Promover la actualización tecnológica
6. Reforzar la integración de atención primaria en el programa
7. Garantizar la provisión pública de las pruebas y circuitos del PCCM

1. Promover la transparencia y la rendición de cuentas

- La Alianza pretende impulsar la publicación periódica, accesible y comprensible de información relevante sobre el funcionamiento del programa, incluyendo indicadores de proceso, resultados y tiempos de espera, que permitan una evaluación independiente y una rendición de cuentas efectiva ante la ciudadanía.

Desde 2005 la Consejería de Salud, publica informes con periodicidad bienal⁶ (cada dos años). El último documento corresponde al bienio 2021-2022. Es decir, hay un retraso de 2 años en la actualización del informe que correspondería al bienio 2023-2024.

La Alianza exige la **publicación inmediata de los datos del PCCM correspondientes al bienio 2023-2024**

- Según consta en el IM⁴, de las 15 CC.AA. que realizan informes de evaluación del programa, la mayoría lo hace con una periodicidad anual; solo dos con periodicidad bienal y en una se hace mensualmente. La menor frecuencia de publicación en la Región de Murcia, respecto a la mayoría de las CC.AA., limita la capacidad de monitorización continua del programa, dificulta la detección precoz de posibles desviaciones y reduce el nivel de transparencia y rendición de cuentas respecto a los estándares más extendidos.

La Alianza exige la **publicación al menos anual del informe de evaluación del PCCM**

- El IM⁴ señala que la mayoría de las CC.AA. (14 CC.AA., el 74%), disponen de un protocolo específico del PCCM⁷. En el caso de la Región de Murcia no es posible identificar de forma clara y accesible un documento protocolizado integral y actualizado, lo que dificulta la evaluación externa y la transparencia del funcionamiento del programa.

⁶ Accesibles en <https://www.murciasalud.es/en/web/servicio-de-promocion-y-eps/resultados-del-cribado>

⁷ Ver, por ejemplo, el del País Vasco accesible en https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/enfermedades_cancer_mama_func_i/es_def/adjuntos/2021-DICIEMBRE-PDPCM-DESCARGAR-HOJA-FUNCIONAMIENTO-.pdf?utm_source=chatgpt.com

La Alianza exige la **elaboración, actualización y publicación de un protocolo integral del PCCM**, accesible públicamente, que defina de manera explícita los circuitos asistenciales, los criterios de inclusión y exclusión, los estándares de calidad y los tiempos de respuesta.

- El IM⁴ señala que solo 3 Comunidades Autónomas (16%) auditan todo el programa de cribado de cáncer de mama de acuerdo con un sistema de garantía de calidad. Además, otras 3 Comunidades Autónomas (16%) auditan una parte del programa, mientras que 12 Comunidades Autónomas (63%) no realizan auditorías. Una Comunidad Autónoma (5%) no aportó información al respecto. No consta que la Región de Murcia realice ninguna intervención de auditoría del PCCM global o parcial

La Alianza exige que la Consejería de Salud ponga en marcha un **sistema de control de la calidad mediante auditorías externas independientes**, de la fiabilidad de las lecturas mamográficas y de los estándares técnicos de las pruebas

2. Mejorar la calidad del programa

La Alianza creen necesario fomentar la incorporación y difusión de indicadores clave de calidad del proceso del PCCM.

Algunos de los **indicadores clave** que deben ser monitorizados para su mejora o incorporados para su evaluación, son:

- **Tasa de cobertura del programa:** Durante el bienio 2021-22, la tasa de participación en el PCCM —definida como el porcentaje de mujeres a las que se les ha remitido una *invitación válida*— fue del 70,73%, cumpliendo el estándar mínimo aceptable establecido por las *European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening* ($\geq 70\%$)⁸. *Invitación válida* es aquella invitación dirigida a una mujer de la población diana que ha sido correctamente identificada y localizada por el programa, sin presentar incidencias administrativas o clínicas que impidan su participación, y para la que existe una oportunidad real de acudir a la prueba de cribado⁹.

Pero el dato relevante no es a cuantas mujeres se invita si no cuantas acaban realizándose realmente la mamografía (tasa de cobertura). En el año 2023 la tasa de cobertura fue del 59,93%, inferior a la mayoría de las CC.AA. y al estándar europeo (70%). Este indicador nunca ha aparecido en los informes bienales oficiales de la Consejería de Salud. Este valor evidencia una brecha relevante entre las mujeres invitadas (en el año 2023, el 86,67%) y las que acaban realizándose la mamografía.

⁸ Accesible desde <https://euref.org/download-section/european-guidelines/>

⁹ Ver

https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/cribado/cribadoCancer/docs/documento_ConsensoSICC_2025.pdf

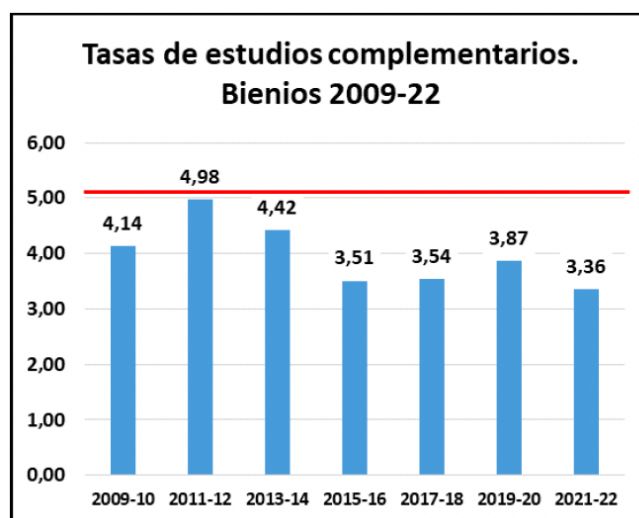
Esta discrepancia apunta a pérdidas a lo largo del circuito asistencial — desde la identificación de la población diana hasta la realización efectiva de la prueba— y sugiere un problema organizativo más que de adhesión de las mujeres. Entre los factores potencialmente implicados se incluyen limitaciones en la captación de la población, déficits en la gestión de las invitaciones y citas, problemas de accesibilidad y continuidad del proceso, así como posibles efectos derivados del modelo organizativo del programa.

Este fenómeno podría haberse visto acentuado por el reciente proceso de privatización del PCCM acaecido en 2024-25 con un cambio proveedores que en este momento son fundamentalmente privados. Según testimonios personales de mujeres que han sido recogidos por diferentes miembros de la Alianza, en los centros privados que han concertado el PCCM, hay citas en horarios extremadamente difíciles de atender. La evaluación del impacto del cambio de proveedores en las tasas de cobertura del PCCM durante el año 2024 es especialmente relevante y urgente.

La Alianza exige la **publicación de las tasas de cobertura por exploración** de forma sistemática y transparente, dado que constituyen el principal indicador del alcance real del programa sobre la población diana y su ausencia impide una evaluación rigurosa de su efectividad.

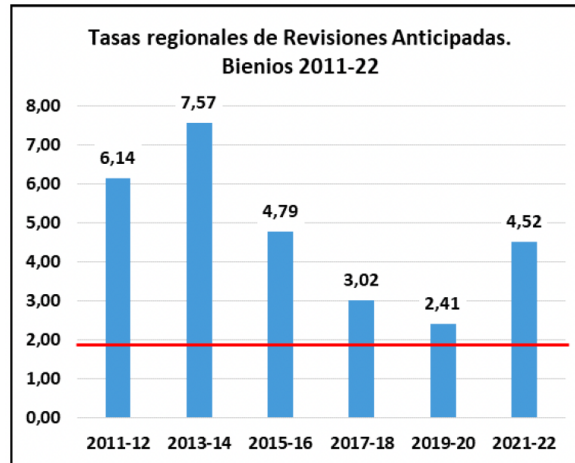
- La tasa de **estudios complementarios** (pruebas extras solicitadas tras alguna duda diagnóstica en la mamografía) en el bienio 2021-22 se sitúa en el 3,36%. En el año 2023, este dato es incluso inferior (2,61%, el tercero más bajo de las CC.AA. e inferior a la media nacional de 4,48%). El estándar europeo se encuentra entre 3 y 7%. En la Imagen 1 podemos ver la evolución del indicador regional desde el año 2009 con cifras sensiblemente inferiores al estándar nacional. Estos datos indican una baja resolución comparada en el PCCM desde hace al menos 15 años

Imagen 1: Tasa de estudios complementarios del PCCM. Tomada del informe “Indicadores de proceso y resultado. Bienio 2021-2022”



- La **tasa de revisiones anticipadas** (mamografías que se adelantan para realizarse antes de los 2 años correspondientes, debido a alguna duda). La Región de Murcia en el informe 2021-2022 tiene una tasa del 4,52%, que es notablemente superior al estándar nacional (1,98%). En la Imagen 2 puede verse como esta tasa es desde al menos 15 años sensiblemente superior a estándar.

Imagen 2: Tasa de Revisiones Anticipadas del PCCM. Tomada del informe “Indicadores de proceso y resultado. Bienio 2021-2022”



En el informe de 2023, con datos nacionales, la tasa es de 7,69%, es decir, 7 veces más que la media nacional de ese año (1, 67%) y la más elevada del conjunto de CC.AA. El exceso de revisiones anticipadas observado sugiere que en la última década podrían haber más de 10.000 mujeres afectadas por dudas diagnósticas que en programas con mejor resolución inicial se habrían aclarado en el estudio de control ordinario o en la evaluación complementaria del episodio inicial

Aunque las revisiones anticipadas son una herramienta aceptada dentro de los programas de cribado, su uso debe ser limitado según las guías europeas que consideran aceptable que esta tasa sea inferior al 2%. Este indicador implica que demasiadas dudas diagnósticas se resuelven recurriendo a una mamografía programada pero adelantada, es decir, antes del periodo habitual de dos años.

Es decir, el PCCM regional parece asumir un claro exceso de incertidumbre diagnóstica y utiliza de forma demasiado frecuente el seguimiento adelantado como sustituto de completar el estudio en el momento, lo que puede suponer sufrimiento evitable en las mujeres que deben esperar 6 o 12 meses a ver solucionada la duda diagnóstica generada además de ser un circuito poco eficiente.

La Alianza exige **corregir** de forma urgente la **capacidad resolutive del proceso diagnóstico inicial** mediante el uso óptimo de pruebas complementarias y la adecuación de las revisiones anticipadas, acercándose a la media, evitando así incertidumbre innecesaria y demoras evitables para las mujeres.

- Tasa de **pruebas adicionales invasivas sobre exploradas**, qué mide la proporción de todas las mujeres cribadas que acaban en una prueba invasiva (biopsia, punción, etc.), indicador fundamental de la intensidad global de la intervención. Tiene valores recomendados por el estándar entre 0,5 y 1% (media española 0,78%). Si el porcentaje es bajo puede sugerir buena especificidad de las pruebas iniciales (es decir, que las mamografías generan pocas dudas), pero también puede señalar una infrautilización diagnóstica (es decir, que las mamografías generan dudas, pero no se resuelven). Si el porcentaje es alto, indica un exceso de intervenciones debido a demasiadas dudas (es decir, las lecturas mamográficas encuentran con demasiada frecuencia imágenes sospechosas). La Región de Murcia es la única Comunidad Autónoma, de las que presentan este tipo de datos, que no presenta tasas de pruebas invasivas en el informe de 2023⁵. De hecho, nunca ha presentado estos indicadores en sus informes bienales (ver Imagen 3)

Imagen 3: Foto de la tabla del informe correspondiente al año 2023 de la Red Española de Programas de Cribado de Mama

	Nº de Mujeres exploradas	% pruebas adicionales sobre exploradas	% pruebas adicionales invasivas sobre exploradas	% Pruebas adicionales invasivas sobre m. con adicionales no invasivas	% Revisiones intermedias sobre exploradas
Andalucía					
Aragón	57.503	4,11	0,85	21,35	4,05
Asturias, Principado de	56.154	8,16	1,08	13,20	3,57
Balears, Illes					
C. Valenciana					
Canarias	112.955	3,16	0,91	32,00	0,58
Cantabria	25.101	6,55	1,39	21,30	0,00
Castilla- La Mancha	88.917	2,18	0,42	19,10	2,98
Castilla y León	95424	6,22	0,52	8,29	0,28
Cataluña					
Ceuta					
Extremadura					
Galicia	157.792	2,86	0,73	25,64	0,39
Madrid, Comunidad de					
Melilla					
Murcia, Región de	59.338	2,61			7,69
Navarra, Comunidad Foral de	27.502	5,23	0,73	14,05	2,03
País Vasco	109.214	6,32	0,99	15,73	3,00
Rioja, La	12.176	2,27	0,14	6,16	0,27
Total	802.076	4,46	0,78	17,71	1,67

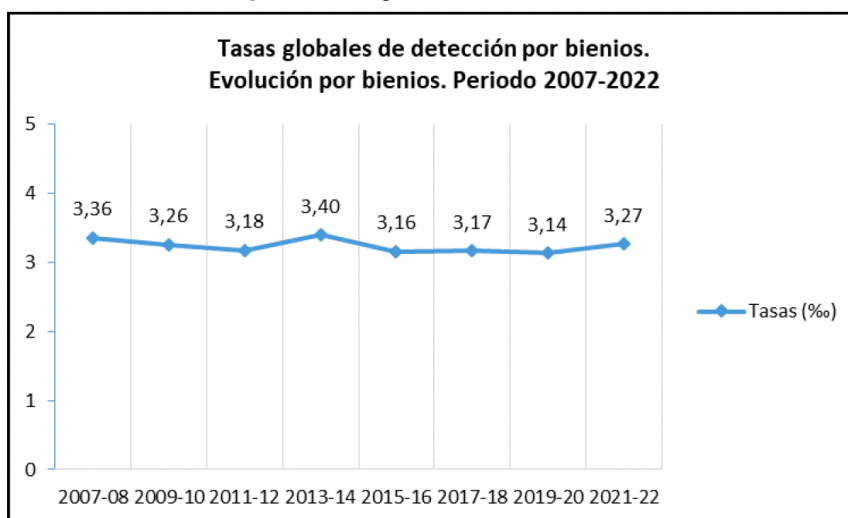
- Tasa de **pruebas invasivas sobre mujeres con pruebas adicionales no invasivas** que mide, de las mujeres que ya han tenido una prueba adicional (por ejemplo, una ecografía tras la mamografía), cuántas acaban en biopsia. El rango esperado se sitúa entre 15 y 30%. La media española está en 17,71%. Si el porcentaje es bajo indica que hay muchas pruebas adicionales que no acaban en biopsia y es posible que se estén indicando

excesivas pruebas intermedias o adicionales (baja especificidad, por tanto). Si es elevado (ideal alrededor del 25%) puede reflejar un buen filtrado (alta especificidad de las pruebas complementarias). La Región de Murcia es la única Comunidad Autónoma, de las que presentan este tipo de datos, que no presenta datos en el informe de 2023⁵ (ver imagen 3). De hecho, nunca ha presentado estos indicadores en sus informes bienales.

Sería recomendable la **publicación** sistemática de las **tasas de pruebas invasivas** —tanto sobre mujeres exploradas como sobre aquellas con pruebas adicionales no invasivas—, como indicadores esenciales de la intensidad y eficiencia diagnóstica, garantizando su monitorización y adecuación a los estándares europeos.

- **Tasa de detección:** el número de cánceres de mama detectados por cada 1000 mujeres cribadas en el bienio 2021-2022 fue del 3,27 por 1000 en la mamografía inicial (media española de 4,87). En la Imagen 4 podemos ver como esta tasa de detección siempre ha estado por debajo del estándar nacional (4,09 cánceres por mil cribados).

Imagen 4: Tasas de detección por bienios. Tomada del informe “Indicadores de proceso y resultado. Bienio 2021-2022



Tasa: tasa de detección
Estándar: Red nacional de Programas de cribado. Año 2017. Valor: 4,09%

En el informe correspondiente al año 2023, esta tasa fue del 2,43 por 1000 (media española de 4,67). El estándar europeo recomienda un mínimo de 3-4 cánceres por mil cribados. Hay, por tanto, una clara infra-detección de cánceres de mama en el PCCM en el año 2023 comparándolo con el resto de CC.AA. y el estándar. En la serie publicada en el último informe bienal, con datos desde 2007, este dato siempre ha estado por debajo del estándar nacional referenciado en el mismo informe. Esta detección inferior siempre a las medias recomendadas podría deberse a criterios restrictivos para indicar una prueba en caso de duda y desde luego debería haber sido interpretada por las autoridades en el contexto de los indicadores previos.

- **Porcentaje de cánceres detectados en revisiones intermedias (mamografías adelantadas).** Este dato no ha sido nunca publicado en los informes bienales regionales de la consejería. Sin embargo, en el informe de la Red de Programas de Cribado correspondiente al año 2023⁵ si figura este importante indicador que es esencial, como hemos dicho antes, para saber si en la Región de Murcia se escapan muchos tumores por falta de pruebas adicionales ante las dudas en la mamografía.

Pues bien, este indicador es sumamente preocupante: en el año 2023 el porcentaje de cánceres de mama detectados en las revisiones intermedias (mamografías realizadas antes de los dos años protocolizados porque existían dudas en la primera) es de un 15,79%, la tasa más elevada del conjunto de CC.AA. con diferencia (Ver Imagen 5). La media española es de un 6,7%. El estándar europeo recomendado está entre 5-10%.

Estos dos indicadores en conjunto (baja tasa de detección y elevada de cánceres intermedios) requieren un comentario más extenso. En la Región de Murcia ya se había observado un patrón llamativo en el funcionamiento del programa de cribado. Como hemos señalado antes, el PCCM tiene desde hace al menos 15 años una baja utilización de pruebas complementarias (como ecografías, tomografías o biopsias) cuando aparecen dudas.

Imagen 5: Foto de la tabla del informe correspondiente al año 2023 de la Red Española de Cribados de Cáncer de Mama

Comunidad	Total cánceres	% detectados en revisiones Intermedias	T.detección	T.deteccion en expl. cribado	T. detección en rev. Intermedia
Andalucía					
Aragón	380	7,63	6,61	6,10	12,45
Asturias, Principado de	299	12,37	5,32	4,67	18,46
Balears, Illes					
C. Valenciana					
Canarias	609	2,79	5,39	5,24	25,91
Cantabria	150	3,33	5,98	5,78	
Castilla-La Mancha	281	7,83	3,16	2,91	8,31
Castilla y León	300	1,00	3,14	3,11	11,36
Cataluña					
Ceuta					
Extremadura					
Galicia	684	3,51	4,33	4,18	38,90
Madrid, Comunidad de					
Melilla					
Murcia, Región de	171	15,79	2,88	2,43	5,91
Navarra, Comunidad Foral de	146	4,79	5,31	5,05	12,57
País Vasco	649	8,94	5,94	5,41	17,71
Rioja, La	46	0,00	3,78	3,78	-
Total	3.715	6,70	4,63	4,67	22,07

Cuando se analizan los resultados, aparece una consecuencia coherente con ese funcionamiento: se detectan pocos cánceres en el propio cribado y, sin embargo, aumenta el peso de los cánceres que aparecen entre una mamografía y la siguiente (los llamados cánceres de intervalo o en revisiones intermedias).

Dicho de forma sencilla, esto significa que algunos tumores que ya estaban presentes en el momento del cribado no se identifican y acaban diagnosticándose meses después, fuera del circuito “normal” del programa. Es como si el cribado “dejara pasar” casos que debería haber detectado. Este patrón —poca detección inicial y mayor proporción de cánceres entre revisiones— suele interpretarse como un problema de sensibilidad del programa, es decir, de su capacidad real para detectar precozmente la enfermedad.

Solo contamos con la tasa de cánceres de intervalo del año 2023 porque este importante indicador nunca ha sido publicado en los informes bienales de la Consejería de Salud. Esta no publicación de este indicador es extraña dado que el PCCM lleva teniendo este patrón de comportamiento desde hace, como hemos visto, 15 años.

Ya en el año 2009, la Red Española de Programas de Cribado de Cáncer de Mama publicó el documento *“Protocolo para la evaluación de los cánceres de intervalo de los programas de detección precoz del cáncer de mama”*¹⁰ donde se señala que *“las principales guías para la evaluación de los programas de cribado de cáncer de mama consideran la vigilancia del cáncer de intervalo un elemento importante del proceso de evaluación y garantía de calidad de los programas”*. La Región de Murcia es la única que no publica este dato en sus informes oficiales y solo hemos podido acceder al mismo gracias a un informe de difícil rastreo en una web técnica.

Los cánceres de intervalo constituyen un fenómeno inherente a cualquier programa de cribado, derivado tanto de las limitaciones de sensibilidad de las pruebas diagnósticas como de la biología tumoral —incluyendo lesiones de rápido crecimiento o de difícil detección en fases iniciales—. Por ello, su existencia es esperable y aceptada dentro de unos márgenes considerados razonables según los estándares de calidad. Sin embargo, cuando su frecuencia supera dichos umbrales, se convierten en un indicador sensible de posibles déficits en el funcionamiento del programa. No parece probable que el elevado porcentaje de cánceres detectados en revisiones intermedias en la Región de Murcia se deba a una mayor incidencia de tumores de crecimiento rápido, ya que las diferencias biológicas poblacionales no justifican una desviación de esta magnitud.

No hay una única causa para este fenómeno particular de la Región de Murcia, sino a la confluencia de varios factores que apuntan en una misma dirección. En primer lugar, es probable que existan criterios de derivación relativamente restrictivos (presión por no realizar estudios complementarios), de modo que solo se amplían estudios cuando la sospecha es muy evidente. Esto implica que

¹⁰ Accesible en https://www.sedim.es/wp-content/uploads/2019/10/Protocolo_Evaluaci%C3%B3n_Ca_intervalo.pdf

hallazgos más sutiles o dudosos, que en otra CC.AA. generan una evaluación adicional, puedan quedar sin estudiar en ese momento.

En el PCCM regional, como hemos visto, existe una baja utilización de pruebas complementarias, como la ecografía, que son precisamente las herramientas que permiten confirmar o descartar esas dudas iniciales. La tasa en el año 2023 de pruebas complementarias fue de 2,61%, el tercero más bajo de las CC.AA. e inferior a la media nacional de 4,48%. Como vemos en la Imagen 1, esta tasa es inferior al estándar nacional desde al menos 15 años en la región. Cuando estas pruebas se utilizan poco, el proceso de cribado pierde profundidad diagnóstica y aumenta la probabilidad de que lesiones presentes no sean identificadas en esa fase.

La baja tasa de pruebas complementarias ante hallazgos dudosos podría estar influida por el modelo de contratación que existía en ese momento con la Asociación Española Contra el Cáncer, en particular si este no incentiva adecuadamente la realización de pruebas adicionales o las incluye dentro de un pago cerrado por proceso (se paga lo mismo se hagan o no pruebas complementarias con lo que los proveedores ganan más si no se hacen). Este tipo de diseño contractual puede generar incentivos a la contención diagnóstica, con el riesgo potencial de infra-evaluación de lesiones y aumento de cánceres de intervalo.

Existen algunos datos significativos en este sentido. El Hospital de Cieza siempre ha realizado las mamografías de cribado de su zona. Desde 2008, forma parte de la Red de Hospitales Públicos de la Región de Murcia. Si nuestra hipótesis fuera cierta, los resultados del área de Cieza, donde no existen incentivos económicos, deberían ser sensiblemente diferentes. Pues bien, en el bienio 2021-2022 la tasa de detección inicial de cánceres de mama en la unidad pública de cribado de Cieza fue del 6,96% muy superior a las de Cartagena, Murcia y Unidades Móviles (modelos privados) (Imagen 6)

Imagen 6: Indicadores de las Unidades de Cribado. Tomada del informe “Indicadores de proceso y resultado. Bienio 2021-2022”

UNIDAD DE CRIBADO	HOSPITAL CIEZA	CARTAGENA+ MAR MENOR	MURCIA	UNIDADES MOVILES
Nº Mujeres Participantes	4933	31187	39432	53239
Derivadas U.M.	32	151	266	265
Nº Cánceres detectados	18	69	173	161
Estudios Complementarios* (%)	10.03	4.00		2.80
- Inicial	15.74	7.67		7.40
Tasa de Detección (%)	3.65	2.21	4.39	3.02
- Inicial	6.96	1.77	3.32	3.50

De igual modo, la tasa de estudios complementarios ante dudas en la mamografía es de 10,03%, muy superior de nuevo a la tasa de las unidades que funcionan con modelo de convenio. Aunque con cierta variabilidad, este patrón

es el más frecuente desde el año 2009, cuando empezó la comparación entre unidades.

En 2024 se firmó un nuevo concierto de la Consejería de Sanidad con hospitales privados para la realización del PCCM¹¹. Se conocían estos datos, por tanto. Lo lógico es que la precaución y la alarma de las autoridades se hubiera expresado en el tipo de contrato a realizar con el proveedor privado. A través del Portal de Transparencia hemos accedido al pliego de condiciones para la realización de mamografías a las mujeres de la ciudad de Murcia (zona este y sur)¹². En dicho documento figura:

“En los estudios de mamografía cuando los hallazgos y las circunstancias así lo precisen para la obtención de un diagnóstico adecuado, se realizará la ampliación del estudio mediante todas las pruebas complementarias (ecografías, mamografías en proyecciones especiales, etc.) que sea necesario” (pag 18)

El contrato exige que el centro *“disponga de ecógrafo específico”* Y *“tenga capacidad técnica para completar el estudio en el mismo acto diagnóstico”*.

El pliego técnico establece expresamente que, ante hallazgos dudosos, el propio centro adjudicatario debe completar el estudio mediante pruebas complementarias (ecografía, proyecciones adicionales u otras técnicas). Sin embargo, el modelo retributivo del contrato se basa en un precio cerrado por mujer cribada, que incluye tanto la mamografía como las posibles pruebas complementarias, sin compensación adicional por estas últimas.

Este diseño introduce un incentivo económico claro al minimizar la realización de pruebas complementarias —ya que incrementan el coste para el proveedor sin aumentar el ingreso—, lo que sugiere que la baja utilización observada se debe o a la falta de pericia sistemática de los radiólogos o es una respuesta organizativa condicionada por la forma de pago.

La externalización y privatización de actos clínicos relevantes, como el cribado del cáncer de mama, introduce tensiones estructurales entre los objetivos de salud pública y los incentivos económicos del proveedor. Cuando la actividad se remunera mediante precios cerrados o por volumen de acto, existe un riesgo de infra-intensidad diagnóstica que, en la Región de Murcia, a la luz de los indicadores y la experiencia de la unidad pública, es muy obvia: pocas pruebas complementarias. Consecuencia: más cánceres de intervalo, muchos de ellos no detectados de forma evitable.

Además de los incentivos de los proveedores privados para no hacer pruebas complementarias, lo que ahorra evidentemente costes y complejidades

¹¹ Ver

[https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=54499&IDTIPO=11&__PLANT_PERSONALIZADA=/JSP/CARM/plantillasPortal/contenidosSimples/consejosGobierno/plantillaConsejoGobierno.jsp&RASTRO=c\\$m122,132](https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=54499&IDTIPO=11&__PLANT_PERSONALIZADA=/JSP/CARM/plantillasPortal/contenidosSimples/consejosGobierno/plantillaConsejoGobierno.jsp&RASTRO=c$m122,132)

¹² Accesible en el link

https://transparencia.carm.es/wres/transparencia/doc/Consejo_Gobierno/2024-03-07/punto_22_contrato_cribado_cancer_mama.pdf

organizativas, hay que añadir factores relacionados con la lectura radiológica, como la variabilidad entre profesionales (baja cualificación) o aspectos técnicos de la propia mamografía, como la calidad de la imagen o las condiciones en que se realiza la prueba que desconocemos ya que. Como veremos, en la Región de Murcia no hay auditorías de calidad como sí existen en otras CC.AA.

La elevada tasa de cánceres de intervalo del PCCM del año 2023 habla, sin duda, de **problemas organizativos y de falta de control** para poner soluciones. Las desviaciones en los indicadores son evidentes desde hace 15 años. No se profundiza adecuadamente cuando aparecen dudas. A pesar de ello, el PCCM no ha publicado nunca las tasas de cáncer de intervalo, único dato con capacidad para determinar si los indicadores desviados estaban teniendo consecuencias sobre las mujeres cribadas en forma de retraso diagnóstico. Los malísimos datos del año 2023 los hemos conocido por un informe técnico publicado en una web técnica no fácilmente detectable. Todo hace sospechar una opacidad estratégica de un dato clave para evaluar la calidad del programa que, por tanto, solo favorece a los proveedores privados que pueden seguir actuando de forma subóptima.

En conjunto, estos datos conducen a una misma conclusión: **algunos cánceres que ya estaban presentes en el momento del cribado no se identifican y acaban diagnosticándose posteriormente, fuera del programa**, lo que reduce la capacidad del cribado para cumplir su objetivo principal, que es la detección precoz.

Además, la Consejería de Salud ha hurtado este dato sistemáticamente en sus informes periódicos bienales, no ha implementado, a la luz de los datos, acciones de mejora ni ha permitido demandas de rendición de cuentas por parte de la sociedad civil.

En términos de salud, una menor capacidad del programa para detectar precozmente algunos cánceres se traduce en diagnósticos más tardíos, tumores de mayor tamaño o estadio más avanzado en el momento de confirmación, necesidad de tratamientos más agresivos y, en una parte de los casos, peores expectativas pronósticas. Además, erosiona la confianza de las mujeres en un programa cuyo principal beneficio es precisamente anticipar el diagnóstico.

Con el volumen real de actividad del programa, asumiendo una tasa semejante durante estos años (algo que desconocemos por no estar publicado), puede estimarse que en torno a 30–35 mujeres por bienio, y, aproximadamente, unas 150–180 en la última década, podrían haber sido diagnosticadas fuera del cribado cuando, en un programa con rendimientos comparables al promedio nacional, probablemente habrían sido detectadas antes.

Globalmente estamos hablando de que el **10% de los cánceres de mama detectados por el PCCM en los últimos 10 años podrían haber sido diagnosticados de forma tardía debido a los incentivos de los proveedores privados, problemas organizativos y falta de control de la calidad**. Todo ello, en el contexto de una **opacidad evidente** de la Consejería de Salud con un dato fundamental para evaluar la calidad del PCCM

Este exceso estimado de cánceres diagnosticados fuera del cribado no es incompatible con unos resultados globales de supervivencia aceptables¹³, ya que estos dependen también de la calidad del tratamiento y de la atención posterior al diagnóstico. Sin embargo, sí **indica una pérdida de eficacia del programa en su función específica de detección precoz**, con el consiguiente **retraso diagnóstico y la probable necesidad de intervenciones más complejas o más agresivas** en un grupo de mujeres que, en un programa más sensible, probablemente habrían sido identificadas antes.

La Alianza exige la **publicación sistemática de los cánceres de intervalo**, su inclusión obligatoria en los informes periódicos y el acceso a series temporales completas que permitan evaluar la evolución del programa; la realización de una **auditoría externa independiente URGENTE** que analice la sensibilidad del cribado y los circuitos diagnósticos y la **revisión del modelo de contratación** para garantizar que no desincentiva la realización de pruebas complementarias ante hallazgos dudosos

3. Impulsar un modelo de gobernanza participativa

Favorecer la incorporación de profesionales, ciudadanía y agentes sociales en los procesos de evaluación y mejora del programa, promoviendo una cultura de deliberación, corresponsabilidad y legitimidad en la toma de decisiones.

La Alianza solicita la **creación de una Comisión Autónoma de Cribado de Cáncer de Mama**, de carácter participativo, que integre a profesionales sanitarios (incluyendo atención primaria), ciudadanía en general y asociaciones de mujeres en particular, así como agentes sociales, con funciones de evaluación, seguimiento y mejora continua del programa, garantizando procesos de deliberación transparentes y una toma de decisiones basada en la corresponsabilidad y la legitimidad institucional.

4. Incorporar la perspectiva y satisfacción de las mujeres participantes

La evaluación de la experiencia de las mujeres participantes constituye un componente esencial de la calidad de los programas de cribado, al permitir identificar barreras de acceso, problemas organizativos y aspectos susceptibles de mejora desde la perspectiva de las propias usuarias. Sin embargo, según el IM⁴, solo 6 comunidades autónomas (32%) han evaluado en algún momento la satisfacción de las mujeres mediante encuestas, mientras que la mayoría (13 CCAA, 68%) no lo han hecho. La Región de Murcia no dispone de mecanismos sistemáticos de recogida de la experiencia de las mujeres en el programa, lo que limita de forma relevante la capacidad de evaluación integral y de mejora continua del mismo.

¹³ Ver Informe de resultados accesible en

https://sms.carm.es/ricsmur/bitstream/handle/123456789/18624/BEM.2025.45.895.pdf?isAllowed=y&sequence=1&utm_source=chatgpt.com

La Alianza solicita la **implantación de un sistema periódico y estructurado de evaluación de la satisfacción y experiencia de las mujeres participantes en el PCCM**, mediante encuestas estandarizadas y comparables, cuyos resultados sean públicos y se integren de forma efectiva en los procesos de evaluación y mejora del programa.

5. Promover la actualización tecnológica

Los datos disponibles sugieren que una parte sustancial de los cánceres de intervalo observados en la Región de Murcia responde a limitaciones en la sensibilidad del proceso de cribado (capacidad para detectar cánceres). En este contexto, la ausencia o limitada implantación de tecnologías de imagen más avanzadas, como la Tomosíntesis Digital Mamaria (TDM en adelante), o la realización de mamografía más ecografía podrían constituir un factor relevante. En la actualidad, según el IM⁴ existen 5 CC.AA. que utilizan en sus programas de cribado mamografía más TDM en caso de necesidad (por ejemplo, en mamas más densas o si hay dudas). Una CC.AA. realiza mamografía más ecografía. Tres CC.AA. realizan el programa solo con TDM. En conjunto, esto implica que cerca de la mitad de las comunidades autónomas han evolucionado hacia estrategias tecnológicas más sensibles, mientras que la Región de Murcia permanece entre aquellas que utilizan exclusivamente mamografía digital como prueba inicial (sin ECO y/o TDM sistemáticas), con los resultados expuestos.

En el IM⁴ se indica que *“de las 11 CCAA en las que actualmente no se realiza la tomografía digital mamaria como prueba de cribado, en 7 de ellas (64%) no está prevista su incorporación, en 2 (18%) sí está prevista su incorporación y en otras 2 (18%) se encuentra en estudio”* Ignoramos la situación de la Región de Murcia

La Alianza exige **conocer con claridad en qué situación se encuentra la Región de Murcia respecto a la incorporación de la TDM** en el PCCM—si existe planificación, está en estudio o no está prevista—, así como si se contemplan estrategias complementarias como la ecografía sistemática.

6. Reforzar la integración de atención primaria en el programa

La organización actual del PCCM en la Región de Murcia, centrada fundamentalmente en dispositivos de salud pública y en el ámbito hospitalario, presenta limitaciones relevantes en términos de continuidad asistencial, capacidad de captación efectiva y seguimiento de las mujeres a lo largo de todo el proceso. Esta configuración favorece un modelo basado en la invitación poblacional estandarizada, con escasa capacidad para identificar y actuar sobre situaciones de no participación, retrasos diagnósticos o necesidades específicas derivadas del riesgo individual. Así mismo, la limitada integración de la Atención Primaria reduce la posibilidad de incorporar el conocimiento clínico longitudinal, clave para la interpretación contextualizada de los resultados y para avanzar hacia modelos de cribado más personalizados. Todo ello puede contribuir a ineficiencias del programa, incluyendo pérdidas en el circuito diagnóstico y una menor capacidad para reducir los cánceres de intervalo.

La Alianza considera imprescindible la **integración efectiva de la Atención Primaria en el Programa de Cribado de Cáncer de Mama**, incorporándola de forma estructural en las funciones de captación activa, información, seguimiento del circuito diagnóstico, valoración del riesgo y evaluación del programa, como condición necesaria para mejorar la equidad, la continuidad asistencial y la efectividad real del cribado.

7. Garantizar la provisión pública de las pruebas y circuitos del PCCM

La provisión de las mamografías de cribado a través de centros privados introduce elementos de fragmentación y dificulta el control efectivo de la calidad del programa. A diferencia de los dispositivos públicos integrados, los centros privados operan con menor vinculación a los circuitos clínicos y a los sistemas de información del programa, lo que puede limitar la trazabilidad completa del proceso, la homogeneidad en los criterios diagnósticos y la capacidad de evaluación continua.

En un contexto como el de la Región de Murcia, caracterizado por tasas de participación inferiores a las recomendadas, bajas tasas de detección en el cribado y una elevada proporción de cánceres diagnosticados fuera del programa, este modelo organizativo puede estar contribuyendo a una menor sensibilidad efectiva del sistema. La posible variabilidad en la calidad técnica de la prueba, en los criterios de lectura y en la indicación de pruebas complementarias, junto con una menor integración en los circuitos asistenciales, puede favorecer tanto el infra-diagnóstico inicial como retrasos en la confirmación diagnóstica.

Además, la externalización de una actividad central del programa dificulta la implementación de estrategias de mejora coordinadas —como la incorporación de nuevas tecnologías, la estandarización de protocolos o la evaluación de indicadores clave (cánceres de intervalo, falsos negativos, tiempos de respuesta)— y limita la capacidad de rendición de cuentas y transparencia.

A estas limitaciones organizativas se añade el propio diseño contractual con los proveedores privados, basado en un pago por acto o por mujer cribada mediante un precio cerrado que incluye tanto la mamografía como las eventuales pruebas complementarias. Este esquema retributivo, al no contemplar incentivos específicos para la intensificación diagnóstica ni para la calidad del proceso, puede generar un sesgo hacia la contención de costes, desincentivando la realización de exploraciones adicionales ante hallazgos dudosos.

Asimismo, la ausencia de mecanismos explícitos de pago ligados a indicadores de calidad —como tasas de detección, adecuación diagnóstica, cánceres de intervalo o tiempos de resolución— limita la capacidad del contrato para alinear los intereses del proveedor con los objetivos del programa. En conjunto, este modelo contractual no solo resulta insuficiente para garantizar una práctica diagnóstica óptima, sino que puede contribuir activamente a la infra-detección y a la variabilidad observada en los resultados.

La Alianza exige que el **PCM se realice en centros públicos del sistema sanitario**, garantizando su plena integración en los circuitos asistenciales, en los sistemas de información y en los mecanismos de control de calidad, como condición necesaria para mejorar la efectividad del programa, reducir los cánceres de intervalo y asegurar la equidad en el acceso y en los resultados.

CONCLUSIONES

1. **El PCCM en la Región de Murcia presenta un patrón consistente de menor rendimiento diagnóstico**, con baja tasa de detección, escasa utilización de pruebas complementarias y elevada proporción de cánceres detectados fuera del cribado.
2. **Este patrón es compatible con una menor sensibilidad efectiva del programa**, lo que implica que una parte de los tumores presentes en el momento del cribado no se identifican y se diagnostican posteriormente, con retraso evitable.
3. **La elevada proporción de cánceres en revisiones intermedias, claramente por encima de los estándares, constituye una señal robusta de disfunción del proceso diagnóstico**, no explicable por variabilidad biológica poblacional.
4. El **diseño contractual con los proveedores privados** introduce incentivos estructurales desfavorables para la calidad diagnóstica, al no incentivar la intensificación del estudio. **El mejor desempeño observado en la unidad de provisión pública** sugiere que los modelos integrados y no externalizados se asocian a mayores estándares de calidad diagnóstica y consistencia en los resultados del programa.
5. **La ausencia sistemática de publicación de indicadores clave, la falta de programas de auditorías de la calidad o de encuestas de satisfacción de las usuarias impide una evaluación real del programa**, limitando la rendición de cuentas y la mejora basada en evidencia.
6. **El impacto en salud biológica y, presumiblemente, psicológica, es muy relevante y, desde luego, potencialmente evitable**, con diagnósticos más tardíos, mayor complejidad terapéutica y peor experiencia para las mujeres.
7. **El conjunto de evidencias apunta a un problema estructural de gobernanza del programa**, más que a desviaciones puntuales.

PETICIONES DE LA ALIANZA

1. Transparencia y rendición de cuentas

1. **Publicación inmediata del informe del bienio 2023–2024:** Para disponer de información actualizada que permita evaluar la situación real del programa.
2. **Incrementar a anual la periodicidad de los informes:** Para garantizar monitorización continua y detección precoz de desviaciones.
3. **Publicación de tasa de cánceres de intervalo:** Indicador clave de sensibilidad del programa y de calidad diagnóstica.

4. **Publicación de tasas de pruebas invasivas:** Permite evaluar la intensidad diagnóstica y la adecuación del proceso.
5. **Publicación de las tasas de cobertura por exploración:** Permite evaluar el alcance real del programa sobre la población diana y detectar pérdidas en el circuito asistencial
6. **Protocolo integral del PCCM accesible y actualizado:** Para asegurar transparencia en criterios, circuitos y estándares de calidad.
7. **Auditoría externa independiente (calidad tecnológica y lectura radiológica):** Para verificar la calidad real del programa y reducir variabilidad diagnóstica.

2. Calidad del programa

7. **Adecuación del uso de pruebas complementarias (ecografía/biopsia):** Para mejorar la resolución diagnóstica ante hallazgos dudosos.
8. **Optimización de revisiones anticipadas (<2%):** Para evitar sustitución inadecuada de pruebas diagnósticas por seguimiento diferido.
9. **Revisión de criterios de derivación para pruebas complementarias (ecografía, tomografía y/o biopsia):** Para garantizar adecuación clínica y homogeneidad en la práctica diagnóstica.
10. **Mejora de la sensibilidad del programa (reducción tasas de cánceres de intervalo):** Objetivo central de un programa de cribado efectivo.
11. **Mejora de las tasas de cobertura:** Indicador directo del rendimiento del cribado. Debería acercarse a la media nacional y el estándar europeo
12. **Mejora de los tiempos de cobertura:** Para reducir demoras diagnósticas y ansiedad asociada.

3. Gobernanza participativa

13. **Creación de una Comisión Autónoma de seguimiento del PCCM con participación de sociedades científicas, representantes de la ciudadanía y asociaciones de mujeres, atención primaria y servicios clínicos implicados:** Para garantizar supervisión independiente, deliberación y rendición de cuentas.

4. Perspectiva de las mujeres

14. **Encuestas periódicas de satisfacción y experiencia con incorporación en planes de mejora:** Para integrar la experiencia de las usuarias en la evaluación del programa.

5. Actualización tecnológica

15. **Publicación de la estrategia sobre Tomosíntesis Digital Mamográfica (situación y calendario):** Para clarificar el grado de modernización tecnológica del programa.
16. **Publicación de protocolos para uso de ecografía y Tomosíntesis según riesgo:** Para asegurar utilización adecuada de técnicas más sensibles.

6. Integración de Atención Primaria

- 17. Participación de AP en captación activa, información y toma de decisiones compartidas:** Para mejorar cobertura, continuidad asistencial y adecuación clínica.

7. Provisión del programa

- 18. Realización del PCCM exclusivamente en centros sanitarios públicos:** Para garantizar integración asistencial, control de calidad y equidad.
- 19. Revisión de los actuales modelos de contratación para que incentiven la calidad:** Para alinear los incentivos económicos con los resultados en salud.
- 20. Evaluación del impacto en calidad, satisfacción, tiempos y resultados de la reciente externalización/privatización del circuito:** Para valorar objetivamente los efectos del modelo organizativo vigente.