



UNIVERSITAT DE VALÈNCIA

FACULTAT D'INFERMERIA I PODOLOGIA

UNIVERSITAT DE VALENCIA

Programa de Enfermeria Clínica y Comunitaria

**La participación y la participación informada en el Programa de
Prevención del Cáncer Colorrectal de la Comunitat Valenciana
desde la perspectiva de equidad y género**

TESIS DOCTORAL

Ana Molina Barceló

DIRECTORA DE TESIS

Dolores Salas Trejo

TUTOR DE TESIS

Lluís Francesc Sanjuan i Nebot



VNIVERSITAT DE VALÈNCIA

FACULTAT D'INFERMERIA I PODOLOGIA

UNIVERSITAT DE VALENCIA

Programa de Enfermeria Clínica y Comunitaria

**La participación y la participación informada en el Programa de
Prevención del Cáncer Colorrectal de la Comunitat Valenciana
desde la perspectiva de equidad y género**

TESIS DOCTORAL

Ana Molina Barceló

DIRECTORA DE TESIS

Dolores Salas Trejo

TUTOR DE TESIS

Lluís Francesc Sanjuan i Nebot

Fecha solicitud depósito: 28 de septiembre de 2018

PRÓLOGO

PRÓLOGO

Esta tesis se presenta como **compendio** de **tres artículos** publicados en revistas indexadas, siendo la doctoranda la primera autora en todos ellos:

- Molina-Barceló A, Salas D, Peiró-Pérez R, Málaga A. To participate or not? Giving voice to gender and socio-economic differences in colorectal cancer screening programmes. *Eur J Cancer Care (Eng)*. 2011;20:669-78. (Anexo 1)
- Molina-Barceló A, Salas-Trejo D, Peiró-Pérez R, Vanaclocha M, Pérez E, Castán S. Reasons for participating in the Valencian Community Colorectal Cancer Screening Programme by gender, age, and social class. *Rev Esp Enferm Dig*. 2014;106:439. (Anexo 2)
- Molina-Barceló A, Peiró-Pérez R, Vanaclocha M, Vallés G, Guaita L, Salas D. Informed participation in the Valencian Community Colorectal Cancer Screening Programme from a gender perspective. *Gac Sanit*. 2018;32:72-76. (Anexo 3)

La tesis se estructura en varios apartados, comenzando con una **introducción** sobre el tema de estudio: la participación y la participación informada en los programas de cribado del cáncer colorrectal desde una perspectiva de equidad y género. Se presenta evidencia sobre la importancia del problema y sobre lo que se sabe hasta el momento sobre el tema. Se presentan también los modelos teóricos en los que se sustenta esta tesis. El apartado de introducción finaliza con una justificación sobre la importancia de realizar este estudio.

A continuación se presentan el **objetivo general** de la tesis, así como los **objetivos específicos**, seguido de una enumeración de las **hipótesis** de partida.

En el apartado de **metodología** se presenta resumidamente el diseño y el ámbito de estudio, la población y muestra, las dimensiones y variables, así como la recogida y el análisis de datos. Teniendo en cuenta que para alcanzar los objetivos de esta tesis se ha empleado triangulación metodológica, es decir, se ha realizado un estudio cualitativo y otro cuantitativo, la metodología se presenta de forma específica para cada uno de estos estudios.

En el apartado de **resultados** se incluyen los resúmenes de los artículos que conforman esta tesis, los cuales se encuentran anexados al final del documento.

Seguidamente se incluye un amplio apartado de **discusión**, en el que primeramente se presentan los principales resultados y su relación con otros estudios; a continuación se muestran las limitaciones; y finaliza con una descripción sobre las implicaciones de los resultados de esta tesis.

La tesis finaliza con una enumeración de las **conclusiones**, y con un listado de las **referencias** utilizadas para la elaboración de esta tesis, en estilo Vancouver.

Como **anexos** se incluyen los artículos que conforman la tesis (Anexo 1,2 y 3), así como el guión de preguntas de los grupos de discusión del estudio cualitativo (Anexo 4) y el cuestionario utilizado para la recogida de datos en el estudio cuantitativo (Anexo 5).

Esta tesis ha recibido financiación a través de una subvención de la Convocatoria de “Fomento de la investigación Sanitaria en la Comunitat Valenciana 2010” de la Conselleria de Sanitat (Generalitat Valenciana). N° proyecto: 053/2010. Financiación: 4.950€. Duración: 2010

AGRADECIMIENTOS

Esta tesis es el resultado de una preciosa combinación entre mi formación y experiencia en el campo de las ciencias sociales y la sociología, el conocimiento experto y maduro de mi directora de tesis sobre el cribado del cáncer, y el apoyo personal, familiar y profesional de muchas personas.

Comencé a trabajar en el servicio del Plan Oncológico de la Conselleria de Sanitat en el año 2008, casi por casualidad. Un contrato para gente joven fue el que me abrió las puertas hacia un apasionante camino que todavía recorro, la investigación en salud pública. La distancia inicial que separaba mi lenguaje como socióloga del de las médicas y enfermeras para las que trabajaba, la mirada prudente sobre las metodologías cualitativas que proponía, o sobre las variables de clase social que sugería incluir en los estudios, fue la base de una bonita historia de amor que ha dado como resultado esta tesis sobre los determinantes sociales de la participación en el cribado del cáncer colorrectal.

Gracias Lola Salas, por confiar siempre en mí, por hacer que esta historia haya sido posible. Gracias por apoyar mi carrera profesional en todo momento, por empujarme a hacer las cosas con la mayor calidad posible, pero también por dejarme hacer y por dejar que me equivoque. Esta tesis ha sido un camino largo, a veces doloroso, otras veces placentero. Pero ha valido la pena, sin duda, pues el aprendizaje ha sido inmenso.

Gracias Rosana Peiró, por ser mi compañera de aventuras, por animarme a perder el miedo a equivocarme, por confiar más en mí que yo misma, y por enseñarme a no autocensurarme porque, si acaso, ya me censurarán los/las demás. Mer Vanaclocha, gracias por tu compromiso personal y profesional, por compartir conmigo tu agilidad y profesionalidad en el manejo de los datos, por alegrarme las mañanas con tu energía positiva, por tu ser amable y generoso, y por tu alma pura. Gracias Pepa

Ibáñez, por estar siempre disponible para ayudarme, por entenderme en mis momentos difíciles, por tus ánimos y tu apoyo constante, por ponerle color, amor y humor a todo lo que haces. Gracias de corazón. Gracias Julia Moreno, por acompañarme en los inicios de esta tesis, por ayudarme en la recogida de los datos cualitativos, por hacer de “poli malo” en los grupos de discusión y ayudarme a mantener el control, por tus discusiones teóricas y conceptuales. Siempre hicimos un bonito tándem.

La lista de agradecimientos a compañeras y compañeros de trabajo es larga, lo que indica lo afortunada que soy de haber recibido apoyo de tanta gente. Gracias Jaime Fons por ser de las pocas personas que consiguen sacarme una carcajada aún en los peores momentos; gracias Guillermo Vallés, Migue Guillamón, Quique Orts, por los almuerzos compartidos y por los tan necesarios momentos de distracción en horas de trabajo. Gracias Pepa Miranda, Carmen Pons, Cándida Vicente, Jovita Moreno, Carmen Fernández, María José Valverde, Carolina Chaparro, Carolina Abril, María Besó, Chelo Martínez, Araceli Málaga, Ylenia Grau, Marisa Civera, Mercedes Goicoechea, Esther Duarte, Elena Pérez, por formar o haber formado parte del Servicio del Plan Oncológico al que tanto le debe esta tesis. Gracias Susana Castán y Mercedes Andrés, por vuestro apoyo desde fuera; Maribel Zomeño por enseñarme a hacer cuestionarios, siempre seré tu “pequeño saltamontes”; Laura Guaita por participar en la parte más farragosa de la tesis, la realización de las encuestas telefónicas; Dory Aviñó y Mireia López por ser un ejemplo para mí de compromiso y buen hacer para mejorar la equidad en salud; Marta Talavera por animarme a ser práctica con la tesis; Joan Paredes, por tu humildad y bondad personal y profesional, quiero ser como tú.

Gracias Ana Levin, por entenderme en este camino; y Laura Martínez, por aportarme una visión siempre más sociológica que la mía.

Irene, Susana, Rocío, Espe, Telvi y Chantal, mis amigas del alma. Gracias por ser mis confidentes, por apoyarme incondicionalmente, por estar siempre de mi lado.

Gracias mamá y papá por todo vuestro AMOR. Qué difícil es criar y educar a los hijos/as, y qué apasionante! Ahora soy capaz de ponerme en vuestra piel. Gracias por TODO lo que habéis hecho para ayudarme a ser quien soy.

Gracias hermano, por tu amor de hermano, sin demandas, ni reproches, siempre estás ahí. Gracias Cristi Wisti, ya sabes que siempre serás mi hermana.

Gracias Amparo, Paco y Mireia, sin vuestro apoyo con Llum esta tesis hubiera sido imposible. Gracias, gracias, gracias.

Gracias amor, por ser mi compañero de vida, esta tesis tiene casi el mismo tiempo que nuestra relación. Gracias por caminar junto a mí y equilibrarme, por apoyarme y cuidarme, por interesarte por lo que hago y enorgullecerte de mí. Gracias por escucharme y estar abierto a mis planteamientos de equidad y género. No he conocido a nadie tan sensible como tú.

Y por último, gracias Llum, porque contigo he descubierto una forma de amar brutal, te amo hasta lo más profundo. Desde que naciste me has enseñado a relativizarlo todo, y a valorar y disfrutar los momentos más importantes, que son los que comparto en familia. Todo lo que hago lo hago pensando en ti. Y esta tesis te la dedico. Espero que este trabajo contribuya a reducir las desigualdades de género, y que puedas crecer en un mundo más equitativo

RESUMEN

Justificación: Para lograr un adecuado balance entre los beneficios y efectos adversos de los programas de cribado del cáncer colorrectal (CCR) es importante conseguir una elevada participación en estos programas, fomentar que esta participación sea informada y garantizar la equidad de acceso. La participación en el Programa de Prevención del Cáncer Colorrectal (PPCCR) de la Comunitat Valenciana (CV) todavía no alcanza las recomendaciones de la Unión Europea, y es mayor en mujeres que en hombres.

Objetivo: Conocer los factores que influyen en la participación y la participación informada en el PPCCR de la CV desde una perspectiva de equidad y género.

Metodología: Estudio observacional transversal mediante triangulación metodológica. El estudio cualitativo se dirigió a hombres y mujeres entre 50 y 69 años invitados a participar en el PPCCR de la CV entre 2006 y 2008. El muestreo fue estructural y se estratificó por género, participación en el PPCCR y clase social, con un total de 8 grupos de discusión. Se realizó un análisis del discurso según las variables de estratificación hasta alcanzar la saturación teórica. Los resultados se mostraron utilizando fragmentos de las citas textuales de los discursos, y se apoyaron en tablas resumen. El estudio cuantitativo se dirigió a hombres y mujeres entre 50 y 74 años invitados al PPCCR de la CV entre 2009 y 2010. Se diseñó un muestreo aleatorio estratificado por afijación simple según la participación o no en el programa (total 785 encuestas). Se realizaron análisis bivariantes mediante la prueba de Chi-cuadrado ($p < 0,05$) y multivariantes mediante regresión logística calculando Odds Ratio e intervalos de confianza al 95%. Se estratificaron los resultados por género, edad y clase social. En ambos estudios se recogió información sobre variables socioeconómicas, antecedentes y prácticas preventivas, conocimientos, creencias y actitudes, y motivos de participación y no participación.

Resultados: Los resultados cualitativos y cuantitativos de ambos estudios muestran que existen desigualdades sociales y de género en la participación y en la participación informada, así como en los factores que influyen en ambas. La participación es mayor en mujeres, personas mayores, y de niveles educativos bajos; y la participación informada en mujeres y personas de niveles educativos altos. Estar informado/a aumenta la probabilidad de participar, y a la inversa, participar aumenta la probabilidad de estar informado/a. Se ha observado influencia de los roles tradicionales de género en los factores que influyen en la participación y en la participación informada, así como desigualdades sociales por la intersección entre el género, la edad y la clase social.

Conclusión: Las desigualdades identificadas en esta tesis plantean la necesidad de trabajar desde un enfoque de universalismo proporcional, así como desde una perspectiva de transversalidad de equidad y género en el cribado del CCR.

ÍNDICE

PRÓLOGO.....	1
AGRADECIMIENTOS.....	5
RESUMEN.....	11
1. INTRODUCCIÓN	25
1.1. El cáncer colorrectal (CCR) y el cribado del CCR.....	25
1.1.1. El CCR es un importante problema de salud	25
1.1.2. Definición de cribado del CCR.....	25
1.1.3. Implantación de programas de cribado del CCR en Europa	27
1.1.4. Balance entre los beneficios y efectos adversos de los programas de cribado del CCR.....	30
1.1.5. La participación y la participación informada en el cribado del CCR.....	31
1.2. Desigualdades sociales en la participación y en la participación informada en el cribado del CCR.....	32
1.2.1. Marcos teóricos de partida	33
1.2.1.1. Modelo teórico de las creencias en salud.....	33
1.2.1.2. Modelos teóricos de los determinantes sociales de la salud	35
1.2.1.3. Postulados teóricos sobre la clase social	39
1.2.1.4. Teorías sobre las desigualdades de género: modelos de socialización de género.....	41
1.2.2. Desigualdades en salud y cáncer: desigualdades en el continuo del CCR.....	44
1.2.3. ¿Qué se sabe sobre las desigualdades sociales en la participación y en la participación informada en el cribado del CCR?	47
2. JUSTIFICACIÓN	53
3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	57
3.1. Objetivos.....	57
3.2. Hipótesis.....	57
4. METODOLOGÍA.....	61
4.1. Diseño y ámbito de estudio	61
4.2. Población y muestra de estudio	61
4.3. Dimensiones y variables de estudio	62
4.4. Recogida de datos	63
4.5. Análisis de datos.....	64

5. RESULTADOS	69
5.1. Resumen del artículo “Molina-Barceló A, Salas D, Peiró-Pérez R, Málaga A. To participate or not? Giving voice to gender and socio-economic differences in colorectal cancer screening programmes. Eur J Cancer Care (Eng). 2011;20:669-78.” (Anexo 1)	69
5.2. Resumen del artículo “Molina-Barceló A, Salas-Trejo D, Peiró-Pérez R, Vanaclocha M, Pérez E, Castán S. Reasons for participating in the Valencian Community Colorectal Cancer Screening Programme by gender, age, and social class. Rev Esp Enferm Dig. 2014;106:439-47.” (Anexo 2)	70
5.3. Resumen del artículo “Molina-Barceló A, Peiró-Pérez R, Vanaclocha M, Vallés G, Guaita L, Salas D. Informed participation in the Valencian Community Colorectal Cancer Screening Programme from a gender perspective. Gac Sanit. 2018;32:72-76.” (Anexo 3)	71
6. DISCUSIÓN	75
6.1. Principales resultados y su relación con otros estudios.....	75
6.1.1. Desigualdades en la participación en el cribado del CCR.....	75
6.1.2. Desigualdades en la participación informada en el cribado del CCR	82
6.2. Limitaciones de esta tesis	89
6.3. Implicaciones de los resultados de esta tesis.....	92
7. CONCLUSIONES.....	107
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	113
9. ANEXOS.....	137
9.1. Anexo 1. Molina-Barceló A, Salas D, Peiró-Pérez R, Málaga A. To participate or not? Giving voice to gender and socio-economic differences in colorectal cancer screening programmes. Eur J Cancer Care (Eng). 2011;20:669-78.....	139
9.2. Anexo 2. Molina-Barceló A, Salas-Trejo D, Peiró-Pérez R, Vanaclocha M, Pérez E, Castán S. Reasons for participating in the Valencian Community Colorectal Cancer Screening Programme by gender, age, and social class. Rev Esp Enferm Dig. 2014;106:439-47.	151
9.3. Anexo 3. Molina-Barceló A, Peiró-Pérez R, Vanaclocha M, Vallés G, Guaita L, Salas D. Informed participation in the Valencian Community Colorectal Cancer Screening Programme from a gender perspective. Gac Sanit. 2018;32:72-76.	163
9.4. Anexo 4. Guión de preguntas de los grupos de discusión	171
9.5. Anexo 5: Cuestionario.....	175

ÍNDICE DE FIGURAS

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1

Distribución de los programas de cribado del cáncer colorrectal en la Unión Europea (2016).....27

Figura 2

Evolución de la implantación de los programas de cribado del cáncer colorrectal en España (2017).....28

Figura 3

Evolución en la implantación del Programa de Prevención del Cáncer Colorrectal de la Comunitat Valenciana (2006-2014).....29

Figura 4

Aplicación del modelo de creencias en salud de acuerdo a Becker y Maiman (1975).....34

Figura 5

Modelo de los determinantes de la salud.....37

Figura 6

Modelo de los determinantes sociales de las desigualdades en salud.....38

Figura 7

Sistema Sexo-Género.....41

Figura 8

Desigualdades en el continuo del cáncer.....45

1. INTRODUCCIÓN

1. INTRODUCCIÓN

1.1. El cáncer colorrectal (CCR) y el cribado del CCR

1.1.1. El CCR es un importante problema de salud

El cáncer colorrectal (CCR) es la segunda causa de muerte por cáncer en hombres y la tercera en mujeres en los países desarrollados, siendo la incidencia y mortalidad mayor en hombres que en mujeres.¹ En España, la incidencia de CCR ha mostrado un aumento constante en ambos sexos, aunque más marcado en los hombres, mientras que la mortalidad ha disminuido en las mujeres desde 1995 y ha comenzado a mantenerse estable desde 2003 en los hombres, con un suave aumento para ambos sexos desde 2016.²

Algunos de los factores que se han asociado al aumento de la incidencia del CCR han sido el consumo de tabaco, alcohol y carne roja y/o procesada, así como la inactividad física y la obesidad.³ Por esta razón es importante establecer estrategias de prevención primaria del cáncer⁴ que puedan contribuir a disminuir la incidencia por este tumor. Pero también, en el caso de este tipo de cáncer, se ha comprobado la efectividad de la prevención secundaria. Algunos estudios han demostrado una reducción de la incidencia y mortalidad por CCR como consecuencia de la implantación de programas de cribado^{5,6,7,8} al facilitar un diagnóstico y tratamiento precoz del CCR, y permitir detectar y tratar lesiones precursoras (adenomas) antes de que evolucionen a cáncer.

1.1.2. Definición de cribado del CCR

El cribado es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “la identificación presuntiva, con la ayuda de pruebas, exámenes u otras técnicas

susceptibles de aplicación rápida, de los sujetos afectados por una enfermedad o por una anomalía, que hasta entonces había pasado desapercibida”.

Para el establecimiento de programas de cribado poblacional se deben seguir unos requisitos en relación a la enfermedad, a la prueba de cribado y a las características de los programas.⁹ Por un lado, la enfermedad debe suponer un importante problema de salud pública, tener una historia natural bien conocida y un marcador detectable en el periodo presintomático. La prueba de cribado debe ser simple y segura, válida, fiable y eficiente, y aceptable por la población diana y los profesionales sanitarios. Además es necesario que los programas hayan mostrado su eficacia para la reducción del riesgo de morbilidad y mortalidad, que tengan un balance adecuado de beneficios y riesgos, que la población diana esté bien definida y pueda ser identificable, que los programas sean coste efectivos y aceptables desde el punto de vista clínico, social y ético, y que promuevan la equidad de acceso.

Algunos estudios han mostrado evidencia de la eficacia y rentabilidad del cribado del CCR para población mayor de 50 años mediante diferentes estrategias de cribado.¹⁰ Las más comunes son el test de sangre oculta en heces (TSOH) cada año o dos años, la sigmoidoscopia cada 5 años o la colonoscopia cada 10 años, y todas han mostrado efectividad en el cribado de esta enfermedad.¹⁰

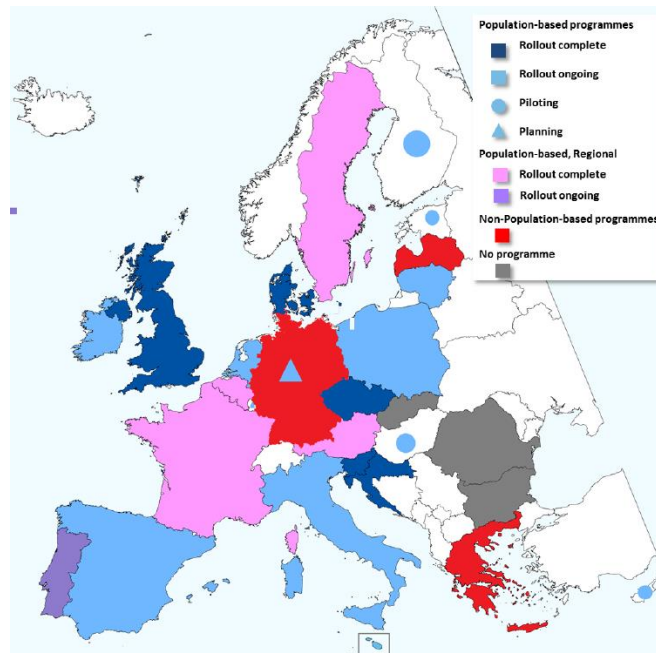
Teniendo en cuenta que el CCR reúne las condiciones exigibles a una enfermedad susceptible de cribado y que existen pruebas de cribado que permiten reducir la mortalidad por este tumor, el Consejo de la Unión Europea recomendó en 2003 la implantación de programas de cribado poblacional del CCR. Basándose en la evidencia obtenida en los ensayos clínicos^{5,7} se recomienda que se dirijan a hombres y mujeres asintomáticos, entre 50 y 74 años, mediante la realización de un TSOH como prueba de

cribado de forma bienal, y de una colonoscopia como prueba de confirmación diagnóstica.¹¹

1.1.3. Implantación de programas de cribado del CCR en Europa

El cribado de CCR está ampliamente aceptado como política de salud pública en los países de la Unión Europea. En 20 de los 28 Estados Miembro (Figura 1) se han implementado de forma nacional o regional programas de cribado poblacional.¹² Siguiendo las recomendaciones europeas, la mayoría de estos programas realizan el cribado a través del TSOH. El TSOH basado en la resina de guayaco fue el más utilizado en los inicios de estos programas, pero se ha ido sustituyendo progresivamente por el test inmunológico, debido a su mayor sensibilidad y facilidad de uso.

Figura 1. Distribución de los programas de cribado del cáncer colorrectal en la Unión Europea (2016)

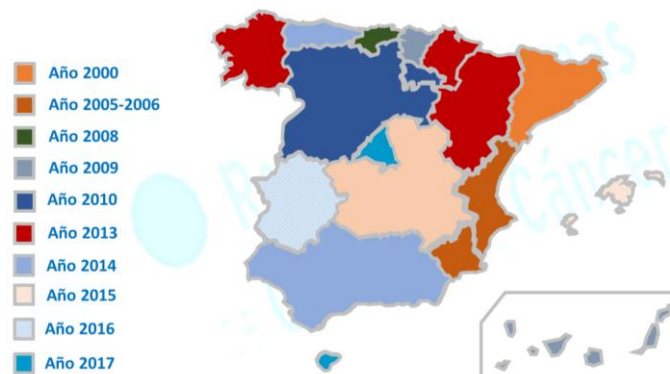


Fuente: Ponti A, Anttila A, Ronco G, et al. Cancer screening in the European Union. Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer; 2017

Existe una gran variabilidad en los resultados obtenidos por los programas europeos en función del rango de edad de la población diana y del tipo de test utilizado. En Europa se estima una tasa de cobertura por invitación para la población de 50 a 74 años, es decir, las personas entre 50 y 74 años invitadas a participar en estos programas del total de la población de ese rango de edad, del 32,6%.¹²

En España el cribado del CCR se ha implementado de forma progresiva en las Comunidades Autónomas a nivel regional desde el año 2000 (Figura 2) siguiendo las recomendaciones tanto de la Comisión Europea como del Sistema Nacional de Salud.^{11,13} En el año 2018, 18 autonomías (17 comunidades autónomas y la ciudad autónoma de Ceuta) cuentan con programas de cribado del CCR. La mayoría de los programas incluyen como población diana a hombres y mujeres entre 50 y 69 años, y utilizan como prueba de cribado el TSOH inmunológico. En 2016 la tasa de cobertura por invitación fue del 38,74%.¹⁴

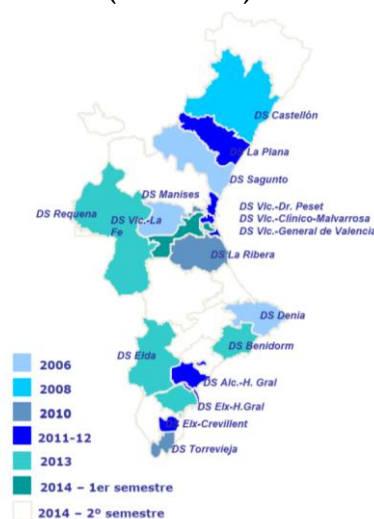
Figura 2. Evolución de la implantación de los programas de cribado del cáncer colorrectal en España (2017)



Fuente: Salas D. Situación e implantación hasta el 2017 de los Programas de Cribado de Cáncer Colorrectal en España. Reunión de la Red de Programas de Cribado de Cáncer. Barcelona, 16, 17 y 18 de mayo de 2018.

En la Comunitat Valenciana el Programa de Prevención del CCR (PPCCR) se ha ido implantado de forma progresiva desde el año 2006 hasta el 2014 (Figura 3), cuando se alcanzó la cobertura total con una población diana de 1.097.539 personas. El programa va dirigido a hombres y mujeres entre 50 y 69 años, mediante la recogida de una muestra de heces de forma bienal, y la realización de una colonoscopia de confirmación diagnóstica en el caso de haber obtenido un resultado positivo en el TSOH. El programa ha realizado el cribado poblacional a través de la prueba del TSOH de guayaco desde sus inicios en 2006 hasta el 2010, cuando se introdujo el TSOH inmunológico. Se trata de un programa organizado y poblacional, que se ofrece activamente a toda la población diana, de manera sistemática y dentro de un marco reglado de política sanitaria de salud pública, protocolizada y con una adecuada evaluación continua de la calidad y los resultados, tal y como recomienda el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.¹⁵

Figura 3. Evolución en la implantación del Programa de Prevención del Cáncer Colorrectal de la Comunitat Valenciana (2006-2014)



Fuente: Elaboración del Programa Prevención del Cáncer Colorrectal de la Comunitat Valenciana. Dirección General de Salud Pública. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana.

1.1.4. Balance entre los beneficios y efectos adversos de los programas de cribado del CCR

Actualmente existe controversia sobre el balance entre los beneficios del cribado poblacional del cáncer y los efectos adversos. La controversia se inició en el año 2000 con una publicación de la revista *The Lancet*¹⁶ en la que se cuestionaba la metodología de algunos de los ensayos clínicos que hasta el momento habían justificado el beneficio de la implantación de programas de cribado del cáncer de mama, en términos de reducción de mortalidad por este tumor. Esta polémica, que se inició para el cribado del cáncer de mama, se ha hecho extensible a otros programas de cribado del cáncer como el del CCR. Una de las consecuencias de esta controversia, que aún sigue abierta, ha sido el establecimiento de un debate público que pone en cuestión no sólo el beneficio esperado del cribado, sino también el impacto de los efectos adversos derivados de la participación en estos programas.

Algunos de los efectos adversos del cribado identificados son los resultados falsos negativos y positivos.¹⁷ Los resultados falsos negativos hacen referencia a aquellas personas que obtuvieron un resultado negativo en el cribado y que posteriormente fueron diagnosticadas de cáncer fuera del programa. Mientras que los falsos positivos se refieren a los resultados positivos en la prueba de cribado que finalmente no son confirmados como casos de cáncer tras el proceso de confirmación diagnóstica. Ambas situaciones tienen un impacto en la población, en el primer caso, por la falsa tranquilidad de un resultado negativo que puede llevar a la infraestimación de síntomas y a un retraso diagnóstico; y en el segundo por la posible ansiedad consecuencia del proceso de confirmación diagnóstica, así como por el riesgo de efectos adversos asociados a las pruebas confirmatorias, que en el caso del cribado del CCR

son las complicaciones en las colonoscopias, es decir, hemorragias internas, perforaciones u otras complicaciones tras la realización de esta prueba.¹⁸

En este contexto el Consejo Danés de Ética realizó una serie de recomendaciones entre las que destaca la necesidad de evaluar de forma periódica los programas y la importancia de ofrecer a la población información equilibrada y sin sesgos sobre los beneficios y riesgos del cribado como forma de potenciar una participación informada.¹⁹

Para alcanzar un buen balance entre los beneficios y efectos adversos del cribado es fundamental seguir las recomendaciones de calidad de las Guías Europeas.¹⁸ Estas Guías recomiendan la evaluación sistemática y continuada de los programas siguiendo unos criterios de calidad establecidos. De entre todos los criterios definidos por estas Guías, esta tesis se centrará en la evaluación de la participación y la participación informada en el cribado del CCR.

1.1.5. La participación y la participación informada en el cribado del CCR

La participación es un importante indicador de calidad de los programas de cribado del cáncer, puesto que es uno de los elementos clave para alcanzar los beneficios esperados.²⁰ Se considera participación en los programas de cribado del CCR la realización efectiva, tras la invitación a participar en el programa, de la prueba de cribado. Se debe asegurar que el acceso a este tipo de programas sea equitativo, es decir, facilitar la participación de toda la población independientemente de la condición social o la etnia.²¹

La Unión Europea recomienda alcanzar un porcentaje mínimo de participación del 45%, y un nivel deseable del 65-70%.¹⁸ La mayoría de los programas de cribado del CCR de Europa alcanzan los niveles aceptables, pero pocos son los que consiguen un

nivel deseable.¹² En España la tasa de participación global en 2016 fue del 45,53%, con diferencias entre regiones.¹⁴ La participación en la Comunitat Valenciana fue del 43,14%, con porcentajes más elevados en mujeres y en población con edades comprendidas entre 60-69 años.¹⁴

Los esfuerzos por alcanzar metas de participación elevadas deben realizarse garantizando que la participación se dé de manera informada, siguiendo las recomendaciones europeas.²²

La definición de participación informada en esta tesis está basada en las definiciones existentes sobre el concepto de toma de decisiones informada en salud de autores/as como Rimer et al.²³ y Smith et al.^{24,25} A pesar de que, como algunos/as autores/as señalan,^{26,27} no existe una medida validada, la mayoría coinciden en que para tomar una decisión informada en salud es necesario que ésta esté basada en una información actualizada, relevante y sin sesgos, es decir, que incluya tanto los beneficios como los riesgos de tomar la decisión. Por tanto, se ha considerado como participación informada en el cribado del CCR aquella participación o no participación en el cribado basada en una información accesible y equilibrada sobre los beneficios y riesgo de participar.

1.2. Desigualdades sociales en la participación y en la participación informada en el cribado del CCR

Para poder aumentar la participación en los programas de cribado del CCR, asegurar un acceso equitativo y fomentar que la participación se dé de manera informada es fundamental profundizar en los factores que influyen tanto en la participación como en la participación informada desde una perspectiva de equidad y género.

1.2.1. Marcos teóricos de partida

Estudiar los factores que influyen en la participación y en la participación informada desde una perspectiva de equidad y género requiere de una reflexión teórica sobre los determinantes de los comportamientos en salud.

Desde la psicología social se ha utilizado modelos basados en las creencias y actitudes en salud para intentar explicar las razones por las cuales la población participa o no en programas de prevención. Por otro lado, y desde una vertiente más sociológica, se han desarrollado modelos basados en los determinantes sociales de la salud que, desde planteamientos más complejos, dan claves para profundizar en los factores sociales que influyen en la salud y en los comportamientos en salud. A continuación se presentan estos modelos, junto a algunas teorías sobre la clase social y la socialización de género que han sido utilizadas en esta tesis, tanto para la formulación de las preguntas de investigación, como para la elección de la metodología, las técnicas de recogida y análisis de datos, y la interpretación de los resultados.

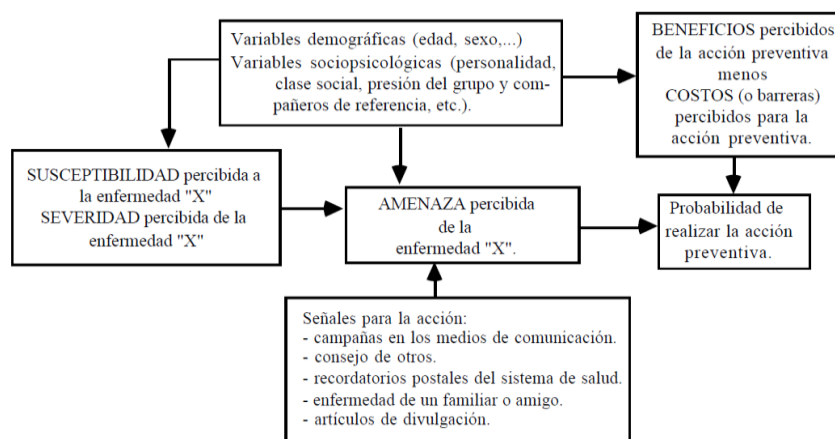
1.2.1.1. Modelo teórico de las creencias en salud

La relación entre los conocimientos, creencias y actitudes y los comportamientos relacionados con la salud se ha teorizado desde múltiples disciplinas. Desde la perspectiva de la psicología social de la salud existen varios modelos teóricos entre los que destaca el modelo de creencias en salud, por ser el más utilizado en investigación en salud.^{28,29} Este modelo fue desarrollado para buscar una explicación a la falta de participación pública en programas de detección precoz y prevención de enfermedades. El modelo inicial partía de 4 premisas básicas para la participación en este tipo de programas: a) la creencia de que un determinado problema de salud es

importante como para tenerlo en consideración (percepción de la importancia del problema de salud); b) la creencia de que se es vulnerable a ese problema (percepción de la susceptibilidad o vulnerabilidad ante el problema de salud); c) la creencia de que la acción a tomar producirá un beneficio a un coste personal aceptable (percepción del beneficio de la acción); d) las barreras percibidas o aspectos potencialmente negativos del curso de acción (percepción de barreras de la acción). Según estas premisas, el modelo apoya que a mayor percepción de importancia, mayor percepción de susceptibilidad, mayor percepción de beneficio de la acción a tomar, y menor percepción de barreras, existe una mayor probabilidad de participar en programas preventivos.

Este modelo ha sido revisado y criticado por poner demasiado énfasis en las variables cognitivas y por reducir el análisis a la elección racional, dejando de lado las circunstancias sociales, y ofreciendo sólo una modesta capacidad predictiva.³⁰ Moreno et al.³⁰ han completado el modelo (Figura 4), basándose en la propuesta de Becker et al.³¹

Figura 4. Aplicación del modelo de creencias en salud de acuerdo a Becker y Maiman (1975)



Fuente: Moreno E, Gil J. El modelo de creencias en salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. Rev. Int. Psicol. Ter. Psicol. 2003;3:91-109.

El modelo (Figura 4) mantiene los postulados del modelo inicial, pero incluye variables demográficas, psicosociales y estructurales como modeladoras de las percepciones individuales, dándole una visión más social, y aproximándose al constructivismo social. El constructivismo social entiende que la salud, la enfermedad y los comportamientos en salud se deben considerar como productos sociales y culturales,³² en línea con lo que postulan los modelos teóricos de los determinantes sociales de la salud que se presentan a continuación.

1.2.1.2. Modelos teóricos de los determinantes sociales de la salud

Los determinantes sociales de la salud son, según Krieger,³³ las características específicas y las vías mediante las cuales las condiciones sociales afectan a la salud. Los determinantes sociales generan por tanto desigualdades en salud, es decir, diferencias sistemáticas en el estado de salud, que se producen socialmente, y que además son injustas y evitables.³⁴ Las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de diferentes ejes estructuradores se traducen en una peor salud por parte de los colectivos menos favorecidos.³⁵

El planteamiento de los determinantes sociales de la salud tiene su base teórica en la concepción sociológica clásica de hecho social de Durkheim. Los hechos sociales son los modos de actuar, de pensar y de sentir presentes en un grupo social que son exteriores a los individuos y que poseen un poder de coerción en virtud del cual se imponen.³⁶ Son interiorizados a través de la socialización y predisponen a los sujetos a comportarse y pensar de una determinada manera. Este concepto sirvió de base teórica del estructuralismo clásico a partir del cual se desarrolló la epidemiología social en 1950. Fue el inicio de la evolución de la concepción biomédica a la concepción social de la salud, al reconocer que la salud de la población no está sólo mediada por cuestiones

biológicas o psicológicas, sino también, por factores sociales que en forma de ejes estructuradores interdependientes entre sí, condicionan los modos y las condiciones de vida, y por lo tanto la salud.

Mirar la salud desde este prisma, y más específicamente los comportamientos que influyen en la salud, implica cambiar el foco de atención de la responsabilidad individual a la responsabilidad social. Ayuda a explicar por qué algunos colectivos tienen comportamientos que son perjudiciales para su salud, y más aún a comprender por qué a pesar de las recomendaciones realizadas por las autoridades sanitarias estos comportamientos se mantienen en el tiempo.

La epidemiología social incorporó estos planteamientos y pretendió superar la concepción biomédica de la salud basada en el análisis de los factores de riesgo de las enfermedades, para aportar una visión social que profundiza en las causas sociales de los factores de riesgo. Se trasladó la atención de los individuos a las poblaciones, de los factores de riesgo a los factores de vulnerabilidad, de los estilos de vida a la producción social de la salud y la enfermedad. Siguiendo a Krieger,³⁷ la epidemiología social ha evolucionado a nivel teórico desde paradigmas psicosociales, que ponen el énfasis en las respuestas individuales a las interacciones sociales, hasta enfoques más sociales como el de la producción social de la enfermedad, que focaliza la atención en los determinantes sociales, económicos y políticos de la salud.

Dentro de este paradigma existen varios modelos teóricos que se presentan a continuación.

El modelo clásico de los determinantes sociales de la salud de Dahlgren y Whitehead³⁸ muestra los determinantes de la salud en capas concéntricas que van desde los más individuales hasta los más estructurales, reservando el centro para las

características de las personas que no se pueden modificar, como la edad, el sexo o los factores constitucionales (Figura 5). Desde este planteamiento los estilos de vida aparecen influenciados por la comunidad y las redes sociales. Y esto a su vez aparece determinado por las condiciones de vida y de trabajo (acceso a alimento y a servicios esenciales como la vivienda, el empleo y la educación) y por las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales de la sociedad en la que vivimos.

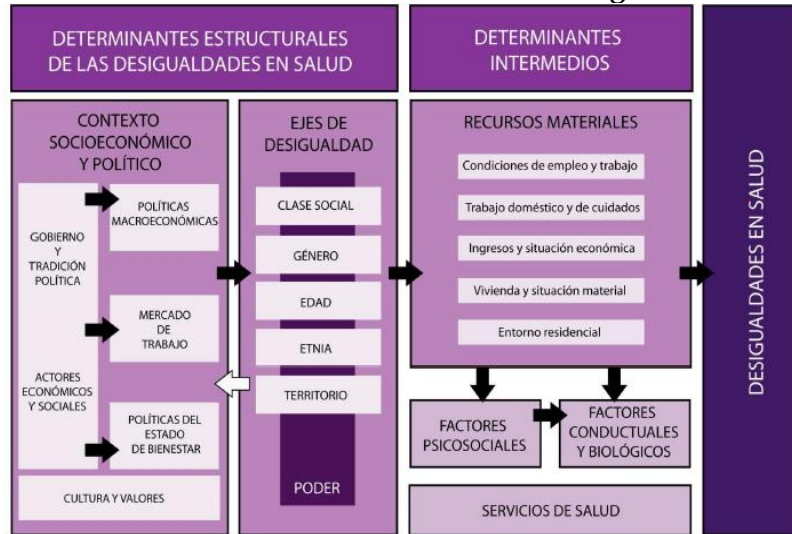
Figura 5. Modelo de los determinantes de la salud



Fuente: Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Institute of Futures Studies; 1991.

Este modelo es completado por el de los determinantes sociales de la salud de la OMS,³⁹ que fue adaptado por la Comisión para reducir las desigualdades en salud en España,⁴⁰ y que se presenta a continuación (Figura 6):

Figura 6. Modelo de los determinantes sociales de las desigualdades en salud



Fuente: Ministerio Sanidad y Política Social. Comisión para reducir las desigualdades en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio Sanidad y Política Social; 2010.

El modelo de los determinantes sociales de las desigualdades en salud (Figura 6) clasifica los determinantes sociales de las desigualdades en salud en estructurales e intermedios. Los factores estructurales se refieren al contexto socioeconómico y político que conforma una sociedad, es decir, al conjunto de valores sociales y culturales compartidos por los actores socioeconómicos, así como a la tradición política. Esto determina las políticas macroeconómicas, el mercado de trabajo y el Estado del Bienestar que definen a una sociedad. A su vez los factores estructurales se refieren a los ejes de desigualdad, es decir, la clase social, el género, la edad, la etnia o la raza y el territorio. Estos ejes definen la posición que se ocupa en la escala social y determinan las jerarquías de poder, de prestigio y de acceso a los recursos de la población.

Por otro lado, los factores intermedios (Figura 6) hacen referencia a los recursos materiales relacionados con el trabajo productivo y reproductivo, a la situación económica, la vivienda y el entorno de residencia. Y también incluyen los factores psicosociales, conductuales, y biológicos, así como las características de los servicios

sanitarios. Según este modelo, la combinación de factores estructurales e intermedios genera desigualdades en salud. Incluir estos determinantes en el análisis de las desigualdades en salud, así como en el análisis de los comportamientos en salud es de vital importancia si pretendemos aportar una visión social al análisis de la salud y sus determinantes.

De entre todos los determinantes sociales, la clase social y el género han cobrado especial protagonismo en el análisis de las desigualdades en salud. A continuación se presentan algunas teorías que refuerzan la importancia de incluir estos ejes de desigualdad en el análisis de los determinantes sociales de la salud, y por ende, en el estudio de la participación y la participación informada en el cribado del CCR.

1.2.1.3. Postulados teóricos sobre la clase social

La epidemiología social incorporó la clase social como determinante social de la salud, al entender que la posición que se ocupa en el campo social determina las oportunidades de acceso a recursos que condicionan la salud.

Múltiples son las teorías sociológicas sobre la clase social. Según Giner et al.⁴¹ estas teorías han evolucionado desde los planteamientos clásicos de Marx y Weber, que se basan en las desigualdades en la propiedad de los medios de producción y del poder, hasta las concepciones más contemporáneas como la de Wright y Goldhorpe que incluyen en sus propuestas de clasificación las cualificaciones técnicas, las relaciones de empleo y las características del trabajo remunerado. Todos estos planteamientos tienen una base economicista y materialista que es superada por el constructivismo estructuralista de Bourdieu y su concepción simbólica de la clase social. Según Álvarez-Sousa⁴² el planteamiento de Bourdieu parte de la existencia de un espacio social formado por distintos campos (económico, cultural, social y

simbólico) a los que corresponden respectivos capitales (recursos). Las clases sociales resultan de la posición ocupada en el espacio social, y se definen en función de los capitales que se posean, tanto en el presente como en la herencia social. Por tanto dicha posición en el espacio social y las relaciones que se mantienen con las diferentes posiciones en el campo, constituye las condiciones sociales de existencia de las personas y dan lugar a distintos hábitos, gustos, prácticas y estilos de vida.

El concepto de *habitus* de Bourdieu es definido como un “sistema de disposiciones duraderas y transferibles, de estructuras estructuradas predispuestas a funcionar como estructuras estructurantes”.⁴³ Hace referencia a las formas de pensar, sentir y actuar de las personas propias de una posición social. Por tanto, para Bourdieu, el *habitus* es un *habitus* de clase. Este planteamiento asume que nuestras actuaciones están condicionadas por la clase social y por el *habitus* de clase, rompiendo con la teoría de la elección racional, apoyando la importancia de tener en cuenta la clase social cuando analizamos comportamientos en salud.

La clase social puede medirse de múltiples maneras dependiendo de la aproximación teórica de la que se parta, pero generalmente incluye variables como la ocupación, el nivel educativo y/o el nivel de ingresos. Las clasificaciones más utilizadas en España se basan fundamentalmente en la ocupación como medida de estratificación, diferenciando las ocupaciones manuales de las no manuales, y considerando a estas últimas como las más aventajadas socialmente.^{44,45}

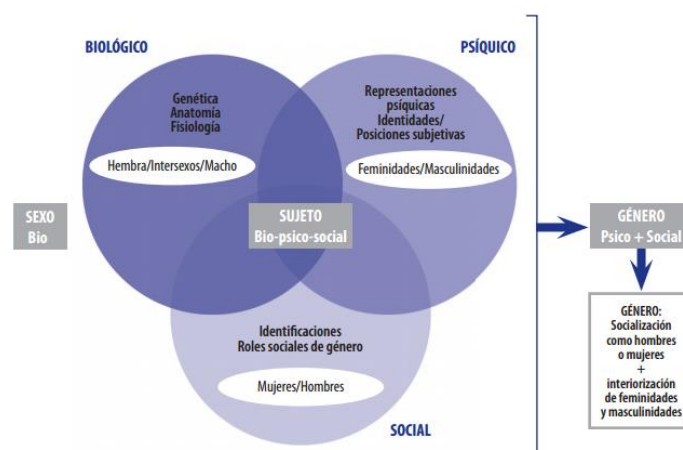
Incorporar variables que nos informen sobre la clase social o el nivel socioeconómico de la población es de vital importancia para incorporar la perspectiva de equidad en el análisis de los determinantes de la salud. Pero además es importante incluir también variables que midan posibles desigualdades por cuestión de género.

1.2.1.4. Teorías sobre las desigualdades de género: modelos de socialización de género

El género es otra de las variables centrales para analizar los determinantes sociales de la salud. Se entiende por género la construcción social de las diferencias entre los sexos, lo que influye en la conformación de ideas y representaciones, así como en la realización de prácticas sociales diferentes entre hombres y mujeres.⁴⁶ El género establece una jerarquía en cuanto al acceso al poder que coloca generalmente a las mujeres en situación de desigualdad, a pesar de que tiene también consecuencias negativas para los hombres. El sexo, por su parte, es entendido como las diferencias biológicas entre hombres y mujeres.

El sexo y el género están interrelacionados de forma compleja, siendo que mujeres y hombres están conformados tanto por una esfera biológica (el sexo), como por una esfera psíquica y social (el género).⁴⁷ Por tanto, para estudiar la salud y los factores que influyen en ella es necesario utilizar un enfoque bio-psico-social que integre ambas esferas (Figura 7).

Figura 7. Sistema Sexo-Género



Fuente: Velasco S. Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.

El concepto de género está sujeto a transformaciones continuas debido a las interacciones sociales, por lo que se trata de un concepto complejo y dinámico.

Las desigualdades de género están asociadas a la distinta socialización de mujeres y hombres, es decir, a la socialización de género, que define diferentes roles para cada sexo. Según Velasco⁴⁸ los roles de género son aquellos comportamientos y expectativas asociados de manera diferente a hombres y mujeres y que influyen en la forma de pensar, sentir y comportarse. Los roles de género se han ido desarrollando y transmitiendo entre generaciones a lo largo de la historia. Se han definido, desde un punto de vista teórico, tres modelos de socialización de género en las sociedades occidentales, el tradicional, el de transición y el contemporáneo.

Siguiendo a Velasco⁴⁸ el modelo tradicional de socialización de género estuvo plenamente vigente en el S-XIX, pero todavía perdura hoy en día. Surgió en un contexto de sociedad claramente patriarcal, definida por la división sexual del trabajo, donde la esfera productiva, de trabajo remunerado, era asumida mayoritariamente por hombres, y la reproductiva, de trabajo doméstico no remunerado, por mujeres. En este contexto de modelos familiares jerárquicos, donde el cabeza de familia es el hombre, y el resto de sus miembros están supeditados a él, imperan los estereotipos dicotómicos de masculinidad y feminidad más tradicionales. La masculinidad se asocia al poder, la fortaleza y la superioridad, y la feminidad a la subordinación, el cuidado del hogar y la familia. Las consecuencias para la salud de este modelo tradicional han sido, por un lado, una menor implicación de los hombres en el cuidado de su salud, y una mayor asunción de riesgos y comportamientos no saludables;⁴⁹ mientras que en las mujeres se ha observado un mayor acceso a los servicios sanitarios y a información relacionada con la salud,^{50,51} y al mismo tiempo un peor estado de salud autopercibido como consecuencia, entre otras razones, de la invisibilización y desvalorización de su

trabajo.⁴⁸

Por otro lado, el modelo de socialización de género de transición⁴⁸ aparece en los inicios del S-XX, en un contexto de incorporación progresiva de la mujer a la educación y al mercado laboral. En este contexto las mujeres asumen roles tanto productivos como reproductivos, mientras que los hombres siguen asumiendo únicamente roles productivos. De este modo el imaginario social de lo femenino y masculino comienza a entremezclarse, y a pesar de mantenerse los estereotipos tradicionales de feminidad y masculinidad, lo femenino comienza a asociarse también con el éxito personal y laboral. Las consecuencias para la salud de hombres y mujeres de este modelo se traducen en que, por un lado, las mujeres comienzan a asumir comportamientos no saludables tradicionalmente aceptados sólo en los hombres, como fumar y beber alcohol, y al mismo tiempo sufren las consecuencias de la sobrecarga de la doble jornada laboral, es decir, la asunción de roles tanto productivos como reproductivos; y por otro lado, los hombres comienzan a sufrir las consecuencias de la descapitalización, de la pérdida de poder que los cambios sociales introducen en los modelos de familia y pareja, aumentando sus niveles de ansiedad y frustración.

Finalmente, Velasco⁴⁸ define el modelo de género contemporáneo que surge en el S-XXI en un contexto de incorporación masiva de la mujer al sistema educativo y al mercado laboral, con una alta exigencia en todos los ámbitos de la vida para ambos sexos, y donde comienza a desarrollarse un sistema de protección frente a las desigualdades de género, con el desarrollo de leyes de igualdad entre hombres y mujeres. En este contexto los estereotipos de feminidad y masculinidad comienzan a no manifestarse de forma dicotómica, sino que hombres y mujeres empiezan a compartir las mismas exigencias de éxito personal, laboral, familiar y social, con consecuencias para la salud similares entre hombres y mujeres, especialmente en lo

referente a estrés y ansiedad, anorexia, bulimia, vigorexia, infertilidad, etc.

Los modelos de socialización de género anteriormente descritos conviven en la actualidad, es decir, que estamos siendo socializados con elementos que pertenecen a los tres modelos. La mayor o menor influencia de cada uno de ellos, va a depender, entre otros factores, de la posición social que se ocupa.

Incluir la perspectiva de género en la investigación en salud permite identificar elementos que desde una perspectiva androcéntrica se vuelven invisibles. Para ello es recomendable que esta perspectiva esté presente en todo el proceso de investigación, que va desde la formulación del problema, hasta la elección de la estrategia metodológica, la definición de variables, la recogida de datos, el análisis y la interpretación de resultados.⁵² Algunas de las recomendaciones básicas realizadas por García-Calvente et al.⁵² son la elección de problemas sensibles al género, el planteamiento de hipótesis diferenciadas para cada sexo, el uso de metodologías de investigación cualitativas, que se recojan variables sensibles al género, que el género sea la variable central de análisis, y que se utilicen las teorías de género para la interpretación de los resultados.

Se han identificado desigualdades de género en el continuo del CCR,⁵³ lo que hace necesario profundizar en las razones de estas desigualdades desde una perspectiva de género y equidad.

1.2.2. Desigualdades en salud y cáncer: desigualdades en el continuo del CCR

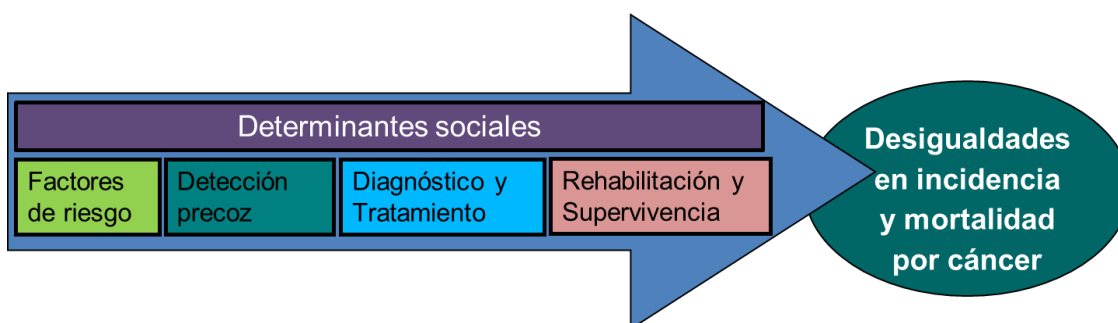
A partir de todos los planteamientos teóricos descritos, se parte de la base de que la salud en general, y el cáncer en particular, así como los determinantes de ambos, están socialmente determinados. Esto implica que la combinación de complejos y múltiples factores sociales va a determinar las diferentes oportunidades para acceder a

recursos de salud, y por tanto para alcanzar el máximo potencial de salud en la población,⁵⁴ generando desigualdades en salud y cáncer.

Se ha destacado la existencia de desigualdades en salud por cuestiones relacionadas con la clase social o el género, y la escasa prioridad política para abordar estas desigualdades.⁴⁰ Se han identificado también desigualdades territoriales en salud, que se relacionan con los recursos sociales, económicos y sanitarios de que dispone cada región. Así, dentro de cada país o incluso cada ciudad, la salud varía, siendo generalmente peor en las áreas de menor nivel socioeconómico.^{55,56} Además se ha destacado que las desigualdades sociales se van reproduciendo a lo largo del ciclo vital, puesto que se ha observado que la clase social donde se nace condiciona el acceso a los recursos y oportunidades a los que se tiene acceso a lo largo de la vida.⁵⁷

Cuando hablamos de desigualdades sociales en cáncer (Figura 8) nos referimos a las desigualdades que abarcan el continuo del cáncer, a través del ciclo vital, es decir, a las desigualdades en la prevención, incidencia, prevalencia, detección, tratamiento, supervivencia y mortalidad por cáncer.⁵⁸

Figura 8. Desigualdades en el continuo del cáncer



Fuente: Elaboración propia

Teniendo en cuenta el nivel educativo y/o socioeconómico y el género, la incidencia de CCR es mayor entre personas con bajo nivel educativo o que viven en áreas de bajo nivel socioeconómico y en hombres.⁵⁹ Los resultados en supervivencia muestran una tendencia similar, es decir, peores resultados en los grupos de menor nivel socioeconómico y en los hombres,^{60,61} a pesar de que los resultados en los grupos de edad más avanzada muestran resultados similares entre hombres y mujeres.^{62,63}

Algunos estudios sugieren que estas desigualdades por género y nivel socioeconómico pueden atribuirse a desigualdades en la exposición a factores de riesgo y/o protección, como la actividad física, la dieta, el consumo de tabaco, o la obesidad; y a desigualdades en el acceso y en la efectividad de los programas de cribado, así como en los tratamientos.^{64,65,66} Se ha observado que en general las personas de menores niveles socioeconómicos y los hombres tienen comportamientos menos saludables.^{3,64,67} También se ha identificado retraso diagnóstico de manera más frecuente en las personas de niveles socioeconómicos más bajos y en mujeres,⁶⁸ así como desigualdades en el tratamiento por cáncer.⁶⁹ Estas desigualdades se han asociado en algunos casos al lugar de residencia, siendo que las personas que residen en zonas de bajo nivel socioeconómico reciben menos tratamiento que las que viven en áreas de niveles más elevados.^{70,71}

Teniendo en cuenta las desigualdades en incidencia y mortalidad por CCR identificadas, y el impacto de los programas de cribado del CCR en términos de reducción de incidencia y mortalidad por este tumor, es importante conocer si existen desigualdades de acceso a estos programas, es decir, desigualdades en la participación y la participación informada en el cribado del CCR.

1.2.3. ¿Qué se sabe sobre las desigualdades sociales en la participación y en la participación informada en el cribado del CCR?

Algunos estudios han identificado desigualdades en la participación y en la participación informada en el cribado del CCR asociadas a, siguiendo la terminología del modelo de los determinantes sociales de las desigualdades en salud,⁴⁰ determinantes sociales estructurales e intermedios.

En relación a la participación y a los determinantes estructurales se han observado desigualdades por nivel socioeconómico y género. Algunos estudios realizados sobre la participación en programas de cribado del CCR poblacional muestran que en general la participación es menor en la población que ocupa posiciones socioeconómicas más bajas.^{72,73,74} Pero también hay estudios que muestran que esta tendencia se da en los extremos de la escala social, es decir, que participan menos tanto los colectivos de clases bajas como de altas.^{75,76}

Teniendo en cuenta el género, los resultados difieren por países y por tipo de prueba de cribado. En los programas de cribado de Europa y Australia en general la participación es mayor en las mujeres que en los hombres cuando la prueba de cribado es el TSOH;^{77,78,79} mientras que si la prueba de cribado es la sigmoidoscopia la participación femenina es menor.⁸⁰ Pero en el contexto de los Estados Unidos de América la participación en general es mayor en hombres que en mujeres.^{81,82,83}

Por otro lado se han realizado estudios para analizar los determinantes sociales intermedios que influyen en la participación, como por ejemplo los relacionados con las características organizativas de los programas de cribado. Así, se ha estudiado la influencia que el tipo de invitación tiene en la participación, concluyendo algunos que no existe relación entre el tipo de invitación y la participación;⁸⁴ mientras que otros afirman que la participación aumenta si se envía previamente una carta informativa y

posteriormente la carta de invitación,⁸⁵ si la carta de invitación la firma el/la médico/a de atención primaria,⁸⁶ o si el test se ofrece a través de contacto directo con personal no sanitario preparado al efecto,⁸⁷ o directamente en la carta de invitación.⁸⁸

Teniendo en cuenta factores psicosociales y conductuales, siguiendo de nuevo la terminología del modelo de los determinantes sociales de las desigualdades en salud,⁴⁰ algunos de los factores identificados como barreras a la participación son: la ausencia de síntomas, la incomodidad de la prueba, el no querer conocer sus problemas de salud, el miedo a los resultados o la falta de tiempo por tener responsabilidades familiares o incompatibilidad de horarios.^{89,90,91,92,93,94}

En cuanto a la participación informada, algunos estudios argumentan que la información y recomendación del médico/a de atención primaria sobre el proceso de cribado influye en una mayor motivación para participar,^{78,95,96} en cambio otros afirman que la información tiene poco efecto en la decisión de participar pero sí en la satisfacción y ansiedad en el proceso.⁹⁷

La mayoría de estudios que analizan la relación entre la información y la participación no profundizan en el impacto que puede tener el hecho de informar a la población sobre los riesgos del cribado del cáncer. Algunos estudios han mostrado que el uso de herramientas de ayuda a la toma de decisión informada aumenta el nivel de conocimiento pero reduce la participación.⁹⁸ Mientras que otros no han mostrado evidencia clara al respecto.⁹⁹ Por tanto, todavía no han sentado las bases sobre cómo potenciar una participación informada en los programas de cribado del cáncer.¹⁰⁰

Algunos estudios han concluido que las desigualdades en el acceso a información sobre los programas de cribado del CCR generan desigualdades en la participación y en la participación informada.²⁴ Y estas desigualdades de acceso a

información se han relacionado con dificultades en la alfabetización sanitaria,^{101,102,103} es decir, con la capacidad para acceder y comprender información relacionada con la salud y los servicios sanitarios necesaria para tomar decisiones relacionadas con su salud.¹⁰⁴

El conocimiento sobre cómo influyen e interaccionan los determinantes sociales de las desigualdades en la participación y la participación informada en el cribado del CCR es complejo y requiere de planteamientos multidisciplinares.¹⁰⁵ Por lo que es necesario seguir profundizando en la influencia de los determinantes estructurales e intermedios, así como de la interacción entre ellos, desde una perspectiva de género y equidad.

2. JUSTIFICACIÓN

2. JUSTIFICACIÓN

Esta tesis parte de la base de que el CCR es un importante problema de salud, por su elevada incidencia y mortalidad en la población, y por las desigualdades sociales identificadas. Asume, a partir de la evidencia científica, que los programas de cribado del CCR son estrategias efectivas para reducir la incidencia y mortalidad por este tumor, y que tienen impacto poblacional en términos de beneficios, pero también de efectos adversos. Y considera que para lograr un adecuado balance entre beneficios y efectos adversos es fundamental evaluar la calidad de estos programas, siguiendo los criterios de calidad de las Guías Europeas.

Esta tesis pone en valor la participación de la población en los programas de cribado del CCR como uno de los indicadores de calidad más importantes para alcanzar los beneficios esperados. Además reconoce la importancia de fomentar que la participación en estos programas sea informada, es decir, que esté basada en una información balanceada sobre los beneficios y riesgos de participar. Y finalmente se posiciona a favor de asegurar que tanto la participación como la participación informada se den de forma equitativa, es decir, garantizando que toda la población tenga las mismas oportunidades de participar en los programas de cribado del CCR y de hacerlo informadamente.

Esta tesis se desarrolla en el contexto del PPCCR de la Comunitat Valenciana, un programa de cribado del CCR que se ha ido implantado progresivamente en todo el territorio, y que a pesar de alcanzar tasas de participación aceptables, según las recomendaciones europeas, todavía no alcanza los resultados deseables. Además se han identificado desigualdades en la participación por género y edad, siendo la participación mayor en mujeres y en población de mayor edad, y se desconocen las

razones de estas desigualdades, así como si existen desigualdades por otros determinantes sociales.

Pretende profundizar en los factores que influyen en la participación y en la participación informada en el PPCR de la Comunitat Valenciana desde una perspectiva de equidad y género. Por ello se enmarca en la epidemiología social, y se sustenta en modelos que teorizan sobre la influencia de los conocimientos, creencias y actitudes en la salud y en los comportamientos en salud; y se fundamenta en el modelo de los determinantes sociales de las desigualdades en salud, en la concepción simbólica de la clase social y en las teorías de socialización de género.

Teniendo en cuenta las características de los factores sociales que se analizan, y la complejidad de la relación entre ellos, esta tesis se aproxima a la realidad de estudio mediante una triangulación metodológica, combinando metodologías tanto cualitativas como cuantitativas.

Y con todo ello, esta tesis pretende contribuir a aumentar el conocimiento sobre los factores que influyen en la participación y en la participación informada en el cribado del CCR desde una perspectiva de equidad y género. Y aspira a generar evidencia científica que oriente y sirva de base a la formulación de políticas y al diseño de acciones tendentes a reducir desigualdades sociales en el acceso al cribado del CCR, y que puedan tener un impacto en la reducción de desigualdades en la incidencia y la mortalidad de este tumor

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

3.1. Objetivos

A continuación se presenta el objetivo general de estudio así como los objetivos específicos.

Objetivo general

Conocer los factores que influyen en la participación y la participación informada en el Programa de Prevención del Cáncer Colorrectal (PPCCR) de la Comunidad Valenciana (CV) desde una perspectiva de equidad y género.

Objetivos específicos

1. Estudiar la influencia de los determinantes sociales estructurales (género, edad, nivel educativo, clase social, ámbito territorial) en la participación y la participación informada en el PPCCR.
2. Analizar la relación de los determinantes intermedios (conocimientos, creencias y actitudes sobre el CCR y el PPCCR, motivaciones para participar o no participar en el PPCCR, características organizativas del PPCCR, participación previa en programas preventivos) con la participación y la participación informada en el PPCCR.
3. Analizar la interacción entre los determinantes sociales estructurales e intermedios en su relación con la participación y la participación informada en el PPCCR.

3.2. Hipótesis

1. Existen desigualdades en la participación según los determinantes sociales estructurales por sexo, edad, clase social, nivel educativo y ámbito territorial.

2. Algunos de los determinantes intermedios que actúan como barreras a la participación son la falta de información, el miedo a los resultados o la falta de tiempo.
3. La participación informada está relacionada también con determinantes sociales estructurales como el sexo, la edad, el nivel educativo y la clase social.
4. Algunos de los determinantes intermedios que se relacionan con la participación informada son la recomendación del médico/a de cabecera y la experiencia previa en programas preventivos.
5. Existen desigualdades de género, nivel educativo, clase social y edad en los factores que influyen en la participación y en la participación informada, es decir, los determinantes estructurales interaccionan con los intermedios.

4. METODOLOGÍA

4. METODOLOGÍA

A continuación se presenta un resumen de la metodología utilizada en los dos estudios realizados para alcanzar los objetivos de esta tesis (un estudio cualitativo y un estudio cuantitativo). Para información más detallada consultar los tres artículos que conforman esta tesis (Anexos 1, 2 y 3).

4.1. Diseño y ámbito de estudio

Se trata de un estudio observacional transversal mediante triangulación metodológica. Se realizó un estudio con metodología cualitativa (Anexo 1), a través de grupos de discusión; y otro con metodología cuantitativa (Anexo 2 y 3), mediante el uso de un cuestionario telefónico (Anexo 4).

El estudio se enmarca en el Programa de Prevención del Cáncer Colorrectal (PPCCR) de la Comunitat Valenciana (CV). Se trata de un programa organizado y poblacional que va dirigido a hombres y mujeres entre 50 y 69 años y que ofrece de forma bienal la realización de un test de sangre oculta en heces con el objetivo de detectar precozmente el CCR. El programa cuenta con un sistema de información (Karvis) a través del cual se gestiona el proceso de invitación de la población diana, y en el que se recoge toda la información relativa al proceso de cribado.

4.2. Población y muestra de estudio

El **estudio cualitativo** se dirigió a hombres y mujeres entre 50 y 69 años de edad invitados a participar en el PPCCR de la CV entre enero de 2006 y junio de 2008 en la ciudad de Valencia. Se incluyeron tanto a las personas que habían participado en el programa como a aquellas que no habían participado (información que se obtuvo a partir del sistema de información del programa). La muestra fue diseñada de manera

teórica en base a tres dimensiones: género (hombres y mujeres), participación en el programa (participantes y no participantes) y nivel socioeconómico (medio-bajo y medio-alto). Se diseñaron un total de ocho grupos de discusión en función de la intersección de las 3 dimensiones.

El estudio cuantitativo se dirigió a hombres y mujeres de 50 a 74 años invitados a participar en el PPCCR de la CV entre octubre de 2009 y septiembre de 2010 en los departamentos de salud de Castellón, Sagunto, Valencia y Denia. Se realizó un muestreo aleatorio estratificado por afijación simple en función de la participación en el programa (sí/no). El tamaño muestral resultante, asumiendo un error alfa del 5%, una precisión del 5% y una probabilidad de que se produjeran las distintas variables del 50%, fue de 766 sujetos (383 participantes y 383 no participantes). Dentro de cada estrato el muestreo se realizó por cuotas en función del tamaño de la población por departamento de salud, sexo y edad.

En ambos estudios se excluyeron a aquellas personas que habían sido diagnosticadas de CCR o pólipos.

4.3. Dimensiones y variables de estudio

En el estudio cualitativo se incluyeron como dimensiones de análisis los siguientes determinantes intermedios: conocimientos y creencias acerca del CCR; percepción sobre la gravedad de esta enfermedad y el riesgo de desarrollarla; conocimientos sobre el PPCCR; percepción acerca de los beneficios de participar, así como de las posibles barreras y/o oportunidades; y razones que les motivaron a participar o a no participar en el programa. En cuanto a los determinantes estructurales, se tuvo en cuenta el género y el nivel socioeconómico.

En el estudio cuantitativo se incluyeron como determinantes estructurales las variables socioeconómicas de género, edad, lugar de residencia, país de nacimiento, nivel educativo, estatus de convivencia en pareja, clase social, situación laboral, y cargas familiares; y como factores intermedios variables relacionadas con antecedentes y prácticas preventivas (ejemplo: tener familiares o amigos/as con cáncer, nivel de realización de prácticas preventivas, participación previa en el Programa de Prevención del Cáncer de Mama); variables sobre creencias y actitudes (ejemplo: percepción de gravedad y vulnerabilidad de la enfermedad, estado de salud autopercibido, intención de participar en el PPCCR en el futuro); variables de acceso a información y nivel de conocimiento (ejemplo: acceso y nivel de conocimiento sobre los factores de riesgo y síntomas de la enfermedad, sobre cuestiones organizativas del PPCCR, así como sobre los beneficios y riesgos de participar); finalmente se incluyeron variables relacionadas con los motivos de participación (ejemplo: recomendación del médico/a de cabecera, beneficios de la detección precoz...) y no participación (ejemplo: ausencia de síntomas, falta de tiempo...).

La variable de participación se obtuvo a partir del sistema de información del PPCCR de la CV (Karvis). La variable de participación informada se elaboró teniendo en cuenta el nivel de conocimiento sobre la enfermedad y sobre los beneficios y riesgos del programa (para más detalle ver metodología en Anexo 3).

4.4. Recogida de datos

La recogida de información del **estudio cualitativo** se realizó en la ciudad de Valencia (España) entre los meses de marzo y abril de 2009. En total se realizaron 8 grupos de discusión con una duración de entre 60 y 90 minutos. Fueron dirigidos por una moderadora experimentada que contó con un guión de preguntas relacionadas con las dimensiones de estudio a explorar (Anexo 4). A las sesiones acudió una persona de

apoyo a la moderadora, preparada al efecto. Las sesiones fueron grabadas con el consentimiento de los/las participantes y posteriormente transcritas literalmente, manteniendo el anonimato.

Para la recogida de datos del **estudio cuantitativo** se aplicó un cuestionario telefónico (Anexo 5) a la muestra de estudio a partir de una selección aleatoria. Los datos se recogieron entre enero y febrero de 2011. Se realizaron un máximo de 3 llamadas a cada persona, en tres horarios diferentes. Las entrevistas fueron realizadas por personas encuestadoras entrenadas al efecto. Todas las personas participantes en el estudio dieron su consentimiento informado de forma oral.

4.5. Análisis de datos

Para el **estudio cualitativo** se realizó un análisis del discurso, es decir, un análisis estructural de las citas textuales de las personas participantes en los grupos de discusión mediante la descripción e interpretación de los datos cualitativos a partir de categorías de análisis. El análisis se realizó a partir de la lectura y relectura de las transcripciones de cada grupo de discusión. Se definieron las categorías de análisis tanto a partir de las dimensiones de estudio previamente establecidas, como dejando emerger nuevas categorías a partir de los datos. Se categorizaron todos los datos mediante la agrupación de los discursos que compartían una misma idea. Se diferenciaron los discursos compartidos por la mayoría de participantes, de los individuales. Se realizó un proceso de comparación de las categorías de análisis por género, nivel socioeconómico y participación en el programa.

En relación al **estudio cuantitativo** se realizaron análisis bivariantes mediante la prueba de Chi cuadrado, y multivariantes mediante modelos de regresión logística. Tanto los modelos bivariantes como los multivariantes se estratificaron por sexo, edad,

clase social, y por la intersección entre el sexo y la clase social, en función de los objetivos específicos de cada estudio.

Los resultados de los análisis Chi-cuadrado se mostraron en términos de p-valor, y los de regresión logística en término de Odds Ratio (OR) e intervalo de confianza (IC) al 95%. El nivel de significación considerado fue de 0,05. El análisis se realizó con el programa estadístico R.

5. RESULTADOS

5. RESULTADOS

Teniendo en cuenta que esta tesis se presenta como compendio de tres artículos, en el apartado de resultados se presentan sólo los **resúmenes** de los mismos. Los artículos a texto completo aparecen anexados al final de esta tesis (Anexos 1, 2 y 3).

5.1. Resumen del artículo “Molina-Barceló A, Salas D, Peiró-Pérez R, Málaga A. To participate or not? Giving voice to gender and socio-economic differences in colorectal cancer screening programmes. Eur J Cancer Care (Eng). 2011;20:669-78.” (Anexo 1)

Objetivo: Profundizar en la influencia del género y la clase social en la participación en el cribado del cáncer colorrectal (CCR).

Metodología: Estudio cualitativo a través de 8 grupos de discusión formados por participantes y no participantes en el Programa de Prevención del CCR (PPCCR) de la Comunitat Valenciana (España). El diseño de la muestra fue estructural y se estratificó por género, clase social y participación en el PPCCR. Se realizó un análisis del discurso por variables de estratificación.

Resultados: Se identifica a partir de los discursos de la población de estudio que las personas no participantes y las de clase social más baja tienen un menor conocimiento sobre la enfermedad y el programa. Las razones de participación varían según el género: las mujeres participaron por considerar que el cuidado de la salud y la detección precoz previenen de sufrimiento personal y familiar, mientras que los hombres lo hicieron porque sus parejas mujeres les animaron a hacerlo. Las razones de no participación se vieron también influidas por el género: las mujeres manifestaron miedo a los resultados y consideraron la prueba de cribado desagradable, mientras que los hombres mostraron falta de autocuidado y falta de preocupación por su salud. Las

barreras a la participación se han relacionado con una baja alfabetización sanitaria y con la influencia de los roles tradicionales de género.

Conclusiones: Para aumentar la participación en los programas de cribado del CCR y basarla en una toma de decisión informada desde una perspectiva de equidad y género, la información debería ser más accesible y comprensible, y adaptarse a las desigualdades de género y clase social identificadas, enfatizando la mayor vulnerabilidad de los hombres y los beneficios de la detección precoz.

5.2. Resumen del artículo “Molina-Barceló A, Salas-Trejo D, Peiró-Pérez R, Vanaclocha M, Pérez E, Castán S. Reasons for participating in the Valencian Community Colorectal Cancer Screening Programme by gender, age, and social class. Rev Esp Enferm Dig. 2014;106:439-47.” (Anexo 2)

Objetivo: Conocer las razones para participar y no participar en el cribado del cáncer colorrectal (CCR) y analizar desigualdades por género, edad y clase social.

Metodología: Estudio transversal mediante encuesta telefónica dirigido a hombres y mujeres entre 50 y 79 años, participantes (n=401) y no participantes (n=384) en el Programa de Prevención del Cáncer Colorrectal (PPCCR) de la Comunitat Valenciana (España). Se realizaron análisis descriptivos y modelos de regresión logística, estimando la Odds Ratio (OR) ($p < 0,05$), estratificando por género, edad y clase social.

Resultados: Los principales motivos para participar fueron “es importante para la salud” (97,9%) y “el test es fácil” (97,6%); y para no participar “no tengo síntomas de CCR” (49,7%) y “no he recibido la carta de invitación” (48,3%). Se observaron desigualdades por género, edad y clase social en los motivos de no participación. El motivo de considerar “el test desagradable” fue más probable en mujeres (OR 1,82;

IC:1,00-3,28) y el de “falta de tiempo” en hombres (OR 0,51; IC:0,27-0,97); el de “miedo al diagnóstico” en las personas de 60 y más años (OR: 2,31; IC:1,11-4,80), y el de “falta de tiempo” en las de 50-59 años (OR 0,44; IC:0,23-0,85) y en las de clase social no manual (OR: 2,66; IC:1,40-5,10). La intersección entre el género y la clase social mostró que el motivo de no participación de “vergüenza a realizarse la prueba” se dio de forma más probable en mujeres de clase social manual (OR: 0,37; IC:0,14-0,97), y el de “falta de tiempo” en hombres de clase social no manual (OR: 4,78; IC:1,96-11,66).

Conclusiones: Existen desigualdades en los motivos de no participación en el PPCCR por género, edad y clase social. Sería recomendable diseñar acciones que tuvieran en cuenta las barreras de diferentes grupos sociales identificadas para reducir las desigualdades en la participación.

5.3. Resumen del artículo “Molina-Barceló A, Peiró-Pérez R, Vanaclocha M, Vallés G, Guaita L, Salas D. Informed participation in the Valencian Community Colorectal Cancer Screening Programme from a gender perspective. Gac Sanit. 2018;32:72-76.” (Anexo 3)

Objetivo: Examinar los factores que influyen en la participación informada en un Programa de Prevención del Cáncer Colorrectal (PPCCR) desde una perspectiva de género.

Métodos: Estudio transversal mediante encuesta telefónica a hombres y mujeres invitados a participar (2009-2010) en el PPCCR de la Comunidad Valenciana. Tamaño muestral: 785 sujetos. Variables resultado: participación en el PPCCR y estar informado/a. Análisis bivariado y multivariado mediante modelos de regresión logística (intervalo de confianza del 95% [IC95%], $p < 0,05$).

Resultados: Ser mujer (odds ratio [OR]: 1,52; IC95%: 1,06-2,19), recibir información del médico/a de atención primaria (OR: 1,64; IC95%: 1,05-2,55) y estar informado/a (OR: 1,54; IC95%: 1,08-2,21) está relacionado con la participación en el PPCCR. Los hombres tienen más probabilidad de participar en el PPCCR si viven en pareja (OR: 6,26; IC95%: 1,82-21,49), y están más informados si tienen responsabilidades familiares (OR: 2,53; IC95%: 1,39-4,63).

Conclusión: Informar sobre el PPCCR, con implicación de los profesionales de atención primaria, mediante acciones específicas para hombres y mujeres, puede contribuir a mejorar la participación informada desde una perspectiva de equidad de género.

6. DISCUSIÓN

6. DISCUSIÓN

6.1. Principales resultados y su relación con otros estudios

El principal resultado de esta tesis es que **existen desigualdades sociales y de género en la participación y en la participación informada en el PPCCR de la Comunitat Valenciana, así como en los factores que influyen en ambas.**

Siguiendo la terminología de los determinantes sociales de las desigualdades en salud,⁴⁰ esta tesis muestra que estas desigualdades se deben a **determinantes estructurales e intermedios**, y a la **interacción** entre ellos. Se han identificado como determinantes estructurales el género, la edad, el nivel educativo y la clase social, así como la intersección entre el género y el resto de ejes de desigualdad; y como determinantes intermedios los conocimientos, creencias y actitudes ante la enfermedad y el programa, la participación previa en programas preventivos, o cuestiones relacionadas con la organización del programa.

6.1.1. Desigualdades en la participación en el cribado del CCR

El análisis de los factores estructurales, y en concreto del **eje de género**, muestra que la participación en el programa es mayor en mujeres que en hombres.¹⁰⁶ Estas desigualdades de género en la participación coinciden con los resultados de la mayoría de los estudios publicados sobre participación en el cribado de CCR en el contexto de programas europeos organizados cuya prueba de cribado es el TSOH.^{72,79,107,108,109,110,111}

Algunos de los factores que se han asociado a estas desigualdades entre hombres y mujeres se relacionan con la socialización de género. Velasco⁴⁸ define diversos modelos de socialización de género que van desde el más tradicional hasta el contemporáneo, pasando por el de transición. Estos modelos se definen en la teoría de

forma separada, pero en la práctica conviven y se interrelacionan entre sí, nutriéndose unos de otros. Es decir, que tanto hombres como mujeres estamos siendo socializados con elementos pertenecientes a los tres modelos, aunque el mayor peso de uno u otro viene determinado, entre otros factores, por la edad y la clase social.

En esta tesis se ha observado un mayor peso de la influencia de los roles tradicionales de género, frente a los de transición o contemporáneos, como factores determinantes de la participación de mujeres y hombres en el PPCCR de la Comunitat Valenciana, probablemente debido a la edad de la población de estudio. La población de estudio son hombres y mujeres entre 50 y 69 años que han sido socializados con elementos propios del modelo tradicional y de transición, y por tanto deducimos que han interiorizado roles de feminidad y masculinidad de ambos modelos. Pero a pesar de que han incorporado roles más equitativos en el ámbito productivo, como el desarrollo personal y laboral tanto para hombres como para mujeres, han mantenido los roles tradicionales dicotómicos de masculinidad y feminidad en el ámbito reproductivo. Así, desde un punto de vista teórico, asumimos que han sido socializados en los estereotipos tradicionales que asocian “lo femenino” con la mayor asunción de roles reproductivos relacionados con el cuidado de la familia y el hogar, y con estereotipos de subordinación, pasividad, pureza, castidad y maternidad; y “lo masculino” con roles relacionados con la esfera productiva de trabajo remunerado, y estereotipos de independencia, poder, fortaleza, dominación y valentía.⁴⁸ Estos estereotipos han influido en las diferentes formas de concebir la salud y la enfermedad entre hombres y mujeres, e igualmente en las diferencias de acceso a recursos de salud. Por tanto interpretamos, a partir de los resultados de esta tesis, que también han influido en la participación en el PPCCR como se muestra a continuación.

Los resultados de esta tesis muestran que la participación de las mujeres en el

PPCCR se asocia a la importancia que le otorgan al autocuidado de la salud y a la percepción de los beneficios que la detección precoz tiene de cara a prevenir sufrimiento personal y familiar.¹¹² Reconocen haber participado, entre otras razones, para que no sólo ellas mismas, sino también sus familiares, puedan beneficiarse de las ventajas de la detección precoz en términos de mayor supervivencia y calidad de vida, y así reducir la carga del cuidado familiar.¹¹² Por tanto podemos interpretar que la asunción por parte de las mujeres de los roles tradicionales de cuidado familiar están actuando en favor de la participación de éstas en este tipo de programas.

Se ha observado también que la participación de las mujeres en el Programa de Prevención del Cáncer de Mama aumenta la probabilidad de participar en el PPCCR,¹⁰⁶ a pesar de que este resultado no es estadísticamente significativo en el análisis multivariante. Este resultado se ha observado también en otros estudios.^{113,114} La participación de las mujeres en los programas de cribado del cáncer de mama en España es en general muy elevada,¹¹⁵ superando las recomendaciones europeas. A pesar de que la participación de las mujeres en el cribado del CCR todavía es baja, es mayor que la de los hombres,¹¹⁶ lo que parece indicar que las mujeres tienen una predisposición mayor a la participación en programas preventivos. Algunos estudios han mostrado que en general las mujeres hacen un mayor uso de los servicios sanitarios que los hombres.^{50,51} Todos estos resultados nos llevan a pensar que las mujeres, en general, cuidan más de su salud y de la salud de sus familiares que los hombres, lo que nos lleva de nuevo a valorar la influencia de los roles y estereotipos tradicionales de género.

Esta tesis ha observado también, en concordancia con otros estudios,^{117,118} que la participación de los hombres se ve potenciada por la influencia que reciben por parte de sus parejas mujeres. Por un lado, ha identificado que el hecho de vivir en pareja

aumenta la probabilidad de que los hombres participen,¹⁰⁶ y al mismo tiempo que su participación se ve potenciada si son animados a participar por parte de sus parejas mujeres, que reconocen incluso haberles ayudado a recoger la muestra de heces.¹¹² Este hecho muestra la influencia de los estereotipos de feminidad y masculinidad más tradicionales que lleva, por un lado, a que las mujeres asuman un rol activo de cuidado de sus parejas, al apoyarles y ayudarles a realizarse la prueba de cribado; y por otro, a que los hombres asuman un rol pasivo, al delegar la responsabilidad del cuidado de su salud en sus parejas mujeres.

Se ha observado también que la no participación de las mujeres en el programa se relaciona con considerar desagradable la prueba de cribado y con tener vergüenza a realizarla.^{112,119} Como se ha comentado anteriormente, la feminidad, desde un punto de vista tradicional, se asocia con el estereotipo de pureza, y esto puede influir en el hecho de que las mujeres sientan pudor ante cuestiones relacionadas con la defecación y las heces, y por tanto suponer una barrera a la participación en este tipo de programas basados en la recogida de muestras de heces.

Siguiendo a Valls-Llobet,³⁵ tan importante es conocer las diferencias entre los sexos, como las diferencias entre los propios sexos, es decir, las diferencias por edad, clase social o nivel educativo de hombres y mujeres, o lo que es lo mismo, la intersección entre diferentes ejes de desigualdad. Algunos/as autores/as han resaltado que las desigualdades de género en salud no se deben únicamente a un problema de desigualdad de poder entre hombres y mujeres, lo que hace necesario profundizar en la **intersección entre el género y otros ejes de opresión social**.^{120,121}

Esta tesis muestra que alguna de las barreras a la participación identificadas en las mujeres se da con mayor o menor probabilidad en función de la clase social. Así, por ejemplo, la vergüenza a realizarse la prueba de cribado, es una barrera que se da

con mayor probabilidad en las mujeres de clases sociales más bajas respecto de las altas.¹¹⁹ Este resultado podría interpretarse por el hecho de que las mujeres de niveles socioeconómicos más bajos han sido con mayor probabilidad socializadas según los modelos de género más tradicionales, y por tanto, han incorporado los estereotipos de feminidad tradicional de manera más arraigada, en este caso el estereotipo de pureza que lleva a la vergüenza y al pudor.

Continuando con la comprensión de cómo el género influye en la menor participación de los hombres en el PPCCR, observamos una relación entre la no participación en el PPCCR de éstos, con una demostración de virilidad, fortaleza y una percepción de ausencia de vulnerabilidad.¹¹² Courtenay¹²² ha matizado que estos estereotipos de género masculino tienen la función de justificar y mantener, de cara a la sociedad, la posición de dominación y privilegio social que tienen respecto de las mujeres. El impacto que estos roles y estereotipos tienen en las creencias y comportamientos en salud de los hombres, es una baja percepción de riesgo y susceptibilidad ante la enfermedad, y una baja importancia por el cuidado de la salud, lo que supone una barrera para la asunción de comportamientos saludables y preventivos.⁴⁸ Esta tesis confirma este postulado a través de los discursos de los hombres que manifiestan no sentirse vulnerables al CCR, y por tanto no percibir los beneficios de la detección precoz,¹¹² lo que actúa como condicionante de la no participación en este tipo de programas.

Christy et al.¹²³ han profundizado en la influencia de las teorías de la masculinidad para interpretar los comportamientos de los hombres en relación a los programas de cribado del CCR. Han afirmado que todo comportamiento considerado femenino, como pueda ser la búsqueda de ayuda médica profesional o el uso de servicios sanitarios y/o preventivos, es evitado por los hombres por ser considerado

un acto de debilidad, y por no cumplir con las normas sociales de masculinidad. Estas normas sociales implican también una baja percepción de vulnerabilidad ante la enfermedad, así como una pretensión de autosuficiencia en sus acciones y comportamientos, lo que influye en una mayor asunción de riesgos y una baja dependencia en el uso de servicios sanitarios.¹²³

Por otro lado, profundizando en la intersección entre el género y otros ejes de desigualdad en los hombres, como la edad o la clase social, los resultados de esta tesis muestran que los hombres de mayor edad (entre 60-69 años) tienen una mayor probabilidad de participar.¹⁰⁶ Algunos estudios coinciden en sus resultados con la mayor tendencia de participación de los hombres de mayor edad en este tipo de programas.⁸⁸ Pero además esta tesis ha mostrado que en los hombres, a diferencia de en las mujeres, existe una relación entre la manifestación de falta de tiempo y la no participación en el PPCCR.¹¹⁹ Pero además, la asociación encontrada entre la falta de tiempo y la no participación en los hombres se da en mayor medida en los hombres de clases sociales más altas.¹¹⁹ Podríamos deducir, que esta falta de tiempo manifestada por los hombres de clases altas se relaciona con el desempeño de trabajos productivos remunerados de elevada categoría profesional, si seguimos la clasificación de clase social de la sociedad Española de Epidemiología,⁴⁴ y que esto pudiera suponer una reducción del tiempo libre, y por tanto una barrera a la participación en este colectivo. Pero cabría profundizar en por qué no se ha observado esta relación con las mujeres. Una posible hipótesis, desde la perspectiva de género, es que los hombres priorizan el trabajo productivo frente al cuidado de la salud y por tanto esa “falta de tiempo” manifestada esconde realmente una falta de priorización del autocuidado.

Analizando la relación entre el **nivel educativo y la participación**, esta tesis muestra que las personas de niveles educativos altos participan menos que las de

niveles bajos, a pesar de que estos resultados no son estadísticamente significativos en el análisis multivariante.¹⁰⁶ Muchos estudios realizados en el contexto de programas de cribado del CCR europeos han mostrado una tendencia diferente a la observada en esta tesis, con un claro gradiente en la participación que muestra porcentajes de participación más bajos, tanto en hombres como en mujeres, pertenecientes a estratos sociales menos favorecidos.^{72,73,74,109,110,124,125} En cambio otros estudios realizados en España, en concreto en Cataluña y el País Vasco,^{75,76} van en la línea de los resultados de esta tesis.

Los estudios realizados en el contexto español han analizado las desigualdades en la participación en el PPCCR utilizando como medida de posición socioeconómica el índice de privación social del área de residencia, basado en el proyecto Medea.⁵⁵ Han observado que hombres y mujeres participan menos si viven en barrios con un nivel socioeconómico extremo en la escala social, es decir, en los barrios más pobres y más ricos. En concreto en el País Vasco,⁷⁶ se observó que las mujeres participaban menos si vivían en barrios con baja privación social, es decir, ricos, y los hombres a la inversa, es decir, cuando residía en barrios pobres.

La menor participación de los colectivos de mayor nivel educativo y/o socioeconómico podría interpretarse, en la línea de otros estudios realizados en el contexto del cribado poblacional del cáncer de mama, a la realización de las pruebas de cribado a través de servicios sanitarios privados. En la Comunitat Valenciana se estudiaron las razones de no participación en el Programa de Prevención del Cáncer de Mama, y se observó que en las mujeres de clase social alta el motivo fundamental de no participación fue el haberse realizado una mamografía previa en otros servicios sanitarios fuera del programa.¹²⁶ Sería recomendable explorar si este uso oportunista del cribado en el cáncer de mama en mujeres de niveles socioeconómicos más elevados,

se da también en el CCR, lo que nos ayudaría a interpretar los resultados de esta tesis. Cabe puntualizar que el uso oportunista del cribado no está recomendado por el Consejo de la Unión Europea,¹¹ y que además genera desigualdades de acceso.¹²⁷

6.1.2. Desigualdades en la participación informada en el cribado del CCR

Esta tesis ha profundizado también en las desigualdades en la participación informada y en la influencia que los **conocimientos y creencias en salud** tienen en la participación en el PPCCR.

La línea que separa el conocimiento y las creencias es difusa, pues ambos conceptos son interdependientes. El conocimiento es el conjunto de saberes aceptado por una sociedad,⁴¹ mientras que las creencias son el conjunto de interpretaciones que los sujetos hacen de la realidad.¹²⁸ Está socialmente aceptado que el conocimiento tiene mayor grado de evidencia que la creencia, pero lo cierto es que ambos influyen en nuestras acciones y son por tanto de interés por su influencia en el fenómeno que nos ocupa, es decir, la participación informada en el cribado del CCR.

Se ha considerado la **participación informada** como la participación o no participación en el programa basada en un nivel de conocimiento alto sobre los factores de riesgo de desarrollar CCR, los síntomas de la enfermedad, las características organizativas del programa, y los beneficios y riesgos de participar.

Profundizando en cómo el conocimiento y las creencias influyen en la participación, se ha teorizado que, siguiendo el **modelo de creencias en salud**,³⁰ la mayor probabilidad de participar se da cuando la percepción de gravedad de la enfermedad y de susceptibilidad ante la misma, así como de los beneficios de participar en el programa es mayor, y menor es la percepción de barreras a la participación. Esta tesis muestra que las personas participantes en el PPCCR

percibieron como **beneficios de participar** las mayores probabilidades de curación como consecuencia de la detección precoz, y además expresaron oportunidades en relación a la organización del programa, manifestando haber tenido una experiencia positiva como consecuencia de la facilidad de realización de la prueba y de la rapidez en la recepción de los resultados.^{112,119} Por el contrario, las personas no participantes no percibieron que participar en el programa tuviera beneficios, sino más bien manifestaron **barreras** como por ejemplo no haber recibido la carta de invitación, falta de información sobre la enfermedad y el programa, y malas interpretaciones de la información recibida en la carta de invitación, especialmente en lo relativo al tipo de prueba y al procedimiento de recogida y entrega de las muestras de heces.^{112,119} Estos resultados coinciden con los resultados de otros estudios,^{129,130,131} en los que las creencias y actitudes asociadas a la participación se relacionaron con una mayor percepción de beneficios, y una menor identificación de barreras.

La información tiene un papel clave en la modificación de las creencias relativas a este tipo de programas. Para potenciar una **participación informada** es importante que la información que se ofrezca incluya los beneficios de participar en este tipo de programas, en términos de reducción de la incidencia y mortalidad por este tumor, pero también los posibles efectos adversos, como los resultados falsos positivos o negativos, y las complicaciones en las colonoscopias de confirmación diagnóstica. Los programas deben seguir las recomendaciones de la Unión Europea en este sentido y ofrecer esta información de forma balanceada.²²

Algunos/as autores/as han destacado que el conocimiento sobre los programas de cribado del CCR es un elemento clave para la participación.^{132,133} Los resultados de esta tesis evidencian que estar informado/a, es decir, tener un nivel de conocimiento alto sobre el CCR y el programa, así como sobre los beneficios y riesgos de participar

en el PPCCR aumenta las probabilidades de participar.¹⁰⁶ Este resultado aporta nuevo conocimiento sobre cómo influye la información sobre beneficios y riesgos del cribado en la participación al mostrar que, en contra de lo que algunos estudios habían encontrado,⁹⁸ esta información aumenta la probabilidad de participar. Pero además muestra que la participación en el programa aumenta el nivel de conocimiento,¹⁰⁶ lo que contribuye a potenciar la participación informada en sucesivas rondas de cribado. Esto implica que reducir las barreras de participar, reduce también las barreras de participar informadamente.

Se ha observado también que la mayor probabilidad de participar es mayor si la información se recibe por parte del médico/a de atención primaria.¹⁰⁶ Este resultado reafirma, en consonancia con otros estudios, la importancia de la implicación de los profesionales sanitarios de atención primaria en este tipo de programas,¹³⁴ especialmente para la población de niveles educativos más bajos.¹³⁵

Algunos estudios han señalado también la importancia de la información de cara a aumentar la satisfacción con el programa y a disminuir la ansiedad que pueda generar la participación en estos programas.⁹⁷ Se ha observado que una percepción positiva sobre el cribado del CCR fomenta la adhesión a los mismos es decir, la participación en sucesivas invitaciones.¹³⁶ Por lo tanto realizar esfuerzos para mejorar la cantidad y la calidad de la información que se ofrece sobre el programa contribuiría a aumentar la satisfacción de la población diana, y la adhesión al mismo. Además, teniendo en cuenta que algunos/as autores/as han observado que en la participación sucesiva las desigualdades de participación entre hombres y mujeres se reducen,⁸⁸ también contribuiría a reducir las desigualdades de género en la participación.

Esta tesis muestra también que el nivel de conocimiento sobre el CCR y los beneficios y efectos adversos de los programas de cribado del CCR es en general

bajo,¹⁰⁶ coincidiendo con los resultados del estudio de Gimeno-García et al.¹³⁷ en población española. Varias revisiones sistemáticas^{138,139,140,141} han evaluado la efectividad de las intervenciones para potenciar la participación informada en los programas de cribado del cáncer y han concluido que, a pesar de que los resultados son alentadores, no es posible concluir sobre cuáles son las estrategias más efectivas, debido tanto al número limitado de estudios sobre el tema, como a la variedad de los mismos.

Pero la participación informada no sólo va a depender de la cantidad y calidad de la información que se ofrezca desde los servicios sanitarios, sino también de la capacidad de comprensión de la misma por parte de los/as destinatarios/as, es decir, de la alfabetización sanitaria de la población. La **alfabetización sanitaria** es la capacidad para acceder y comprender información relacionada con la salud y los servicios sanitarios necesaria para tomar decisiones relacionadas con la salud.¹⁰⁴ Se ha observado que las limitaciones en la alfabetización sanitaria se relacionan de manera significativa con un bajo conocimiento sobre los programas de cribado de CCR y una actitud negativa ante éstos,^{103,142,143} siendo por tanto una barrera para la participación en este tipo de programas.¹⁴⁴

El concepto de alfabetización sanitaria tiene paralelismo con el de **capital cultural de Bourdieu**. La teoría del campo de Bourdieu⁴³ establece que la sociedad está formada por diferentes campos (económico, cultural, social y simbólico) a los que les corresponden respectivos capitales. El capital cultural se define como el conjunto de recursos simbólicos y de información que obtenemos a través de la socialización. Podemos suponer entonces que el capital cultural adquirido favorecerá o limitará la alfabetización sanitaria, y por tanto la salud. Algunos/as autores/as han desarrollado el concepto de **capital cultural de salud**, para hacer referencia al conjunto de recursos

culturales que contribuyen a mejorar o empeorar la salud de la población. Sostienen que el capital cultural se relaciona con el capital social y económico, y que por tanto está determinado por los ejes de desigualdad,^{145,146} generando desigualdades en salud.

Esta tesis ha identificado **desigualdades de género** en la participación informada, encontrándose que las mujeres están más informadas que los hombres,¹⁰⁶ coincidiendo con los resultados de otros estudios.¹⁴⁷ El mayor conocimiento en las mujeres se da especialmente en aquellas que pertenecen a grupos de edad más jóvenes, que tienen familiares o amigos/as con cáncer, y que han participado previamente en el cribado del cáncer de mama, aunque este último resultado no es estadísticamente significativo en el análisis multivariante.¹⁰⁶ Al igual que en las desigualdades de género encontradas en la participación, las desigualdades identificadas en la participación informada podrían deberse a la influencia del rol tradicional de cuidado en las mujeres, que influye en un mayor uso de servicios sanitarios y programas preventivos, y que tiene impacto en un mayor acceso a información relacionada con la salud, y por tanto en un mayor conocimiento sobre el CCR y el PPCCR. Además, la asociación encontrada entre la participación previa en el Programa de Prevención del Cáncer de Mama y el mayor conocimiento en las mujeres sobre el PPCCR parece indicar que las mujeres están más sensibilizadas para participar en programas preventivos y que la participación en otros programas de cribado contribuye a aumentar la participación informada en el cribado del CCR.

Por otro lado se observa que la probabilidad de que los hombres estén informados es mayor si éstos tienen responsabilidades familiares, es decir, responsabilidad en el cuidado de personas menores o mayores dependientes.¹⁰⁶ Esto viene a confirmar que la asunción por parte de los hombres de tareas y roles de cuidado familiar, propias del ámbito reproductivo, y asumidas tradicionalmente por

las mujeres, aumenta su capacidad para acceder a información sobre salud en general, y sobre cuestiones relativas al CCR y a los programas de cribado del CCR, en particular.

Teniendo en cuenta el **nivel educativo**, las personas de niveles más elevados tienen mayor probabilidad de estar informadas sobre el programa y la enfermedad,¹⁰⁶ en la línea de otros estudios.^{24,148,149} Esto confirma que la alfabetización sanitaria y el capital cultural en salud se relaciona con el nivel educativo y socioeconómico, es decir, con la posición social.

Algunos/as autores/as han diseñado y evaluado instrumentos para medir la alfabetización sanitaria en cáncer,¹⁵⁰ y han concluido que la población de raza negra, con bajo nivel educativo y de clase social baja es la que menor alfabetización sanitaria en cáncer tiene. Algunas intervenciones basadas en herramientas de ayuda a la toma de decisión informada adaptadas a la población con baja alfabetización sanitaria o a grupos étnicos diversos han mostrado efectividad para aumentar el nivel de conocimiento de estos colectivos.^{98,151} Por tanto es fundamental tener en cuenta las posibles barreras de acceso a información sobre el cáncer y el cribado del cáncer de estos colectivos, y adaptar la información que se ofrece a sus necesidades, como forma de reducir las desigualdades en la participación informada.

Teniendo en cuenta que los folletos y las cartas de invitación son los materiales mayoritariamente utilizados para informar a la población sobre los programas de cribado del CCR, es importante diseñarlos teniendo en cuenta las posibles desigualdades de acceso, comprensión y asimilación de esta información, por cuestiones de género, nivel educativo y otros ejes de desigualdad. Algunos estudios han observado que los folletos bien diseñados con información balanceada sobre los beneficios y riesgos del cribado del cáncer son suficientes para fomentar la

participación informada.⁹⁹ Pero otros han mostrado que, a pesar de que la información de los folletos se ofrezca de forma clara y legible, la población continúa teniendo dificultades para entenderla correctamente.¹⁵² Sería recomendable investigar otras formas de comunicación social más eficaces para contribuir a la equidad en la participación informada.

Se ha observado que la información sobre cáncer ofrecida de forma online no tiene en cuenta las desigualdades en la alfabetización sanitaria de la población, así como tampoco la diversidad cultural.¹⁵³ Esto puede estar afectando al hecho de que la población con baja alfabetización sanitaria prefiera buscar información sobre prevención del cáncer a través del médico/a de atención primaria, en lugar de en internet.¹⁵⁴ Estos resultados contribuyen a remarcar la importancia del papel de los profesionales de atención primaria en la potenciación de la participación informada en el PPCCR y en la reducción de las desigualdades.

Parece pues evidente que la información es especialmente relevante para potenciar la participación informada y para reducir las desigualdades de acceso de colectivos socialmente vulnerables.

Los resultados de esta tesis muestran que la participación y la participación informada en el PPCCR de la Comunitat Valenciana son el resultado de complejos sistemas de interacción entre factores sociales estructurales e intermedios que otorgan distintas oportunidades a las personas en función de ejes de desigualdad y de la interacción entre ellos. Y que esta interacción de factores pone en situación de desigualdad para acceder a estos programas a las personas cuyos roles tradicionales de género están más arraigados y a aquellas cuyo capital cultural en salud es más bajo, con especial vulnerabilidad para aquellas en las que los ejes de desigualdad interseccionan entre sí.

6.2. Limitaciones de esta tesis

La principal limitación de esta tesis tiene que ver con el tipo de diseño de los estudios incluidos en ella. Tanto el estudio cualitativo¹¹² como el cuantitativo^{106,119} son estudios transversales que recogen información de una muestra de población en un único momento en el tiempo, lo que limita la interpretación de la **causalidad** de los hechos.¹⁵⁵ La información que recogemos en relación a conocimientos, creencias y actitudes sobre la enfermedad y el programa, así como sobre las razones que les llevan a participar o no participar, está basada en autodeclaraciones. La población de estudio son hombres y mujeres que fueron invitados/as a participar en el programa antes de la realización del estudio. Por tanto, su participación o no participación en el PPCCR fue previa a la realización del estudio, y sus autodeclaraciones en este sentido pueden haber estado condicionadas por este hecho. Por tanto resultaría difícil discernir, por ejemplo, si es que el hecho de estar informado/a aumenta la probabilidad de participar, o es que la propia participación aumenta el nivel de conocimiento y por tanto la probabilidad de estar informado/a. En cambio, esta limitación de causalidad podría ser superada en el caso de la información relativa a las razones que les llevaron a participar o no en el programa, puesto que esta información se obtuvo con preguntas de carácter retrospectivo, y se espera que respondieran a las razones que les motivaron o no participar en el pasado.

Una limitación asociada a la recogida de datos de tipo retrospectivo, a través de encuestas o técnicas cualitativas, tiene que ver con el **sesgo de recuerdo**.¹⁵⁶ Es posible que algunas personas no recuerden con claridad los motivos que les llevaron a participar o no participar en el programa, puesto que la población de estudio en ambos diseños fue invitada a participar en el PPCCR entre 4 y 24 meses antes de la recogida de datos. Este sesgo es común a todos los estudios con preguntas retrospectivas, y a

pesar de las limitaciones que puede generar no invalida las técnicas de recogida de datos de estas características, ni los resultados derivados de éstas.

Así mismo debemos contar con la posibilidad de que las respuestas puedan tener un sesgo de **deseabilidad social**,¹⁵⁷ es decir, que respondan a lo que se considera socialmente correcto o esperado. Por tanto, cabe tener en cuenta la posibilidad de que nuestros resultados estén infraestimando los aspectos negativos relacionados con el PPCCR, y sobreestimando los positivos.

Se han identificado también limitaciones relacionadas con la **muestra de estudio**. Una de ellas tiene que ver con las diferencias en el **tipo de prueba de cribado** que utilizaron las personas que participaron en los dos estudios incluidos en esta tesis. La población del estudio cualitativo¹¹² fue invitada a participar en el PPCCR cuando todavía se utilizaba el TSOH basado en la resina de guayaco, que consistía en la recogida de dos muestras de heces de tres deposiciones consecutivas; mientras que la población del estudio cuantitativo^{106,119} ya sólo incluyó a población que había sido invitada a participar con el nuevo test inmunológico, que se basa en la recogida de una sola muestra. Este hecho puede haber marcado diferencias en las barreras a la participación identificadas en ambos estudios, teniendo en cuenta que el test inmunológico es mucho más sencillo de utilizar que el de guayaco. Pero a pesar de ello, se ha observado en ambos estudios que la principal barrera asociada a la realización de la prueba tiene que ver con la vergüenza y con considerarla desagradable, que es algo compartido en ambas pruebas.

Otra de las limitaciones relacionadas con la muestra de estudio tiene que ver con el **tamaño muestral** del estudio cuantitativo.^{106,119} A pesar de que el cálculo del tamaño muestral se hizo de forma independiente para las personas participantes y las no participantes, hubiera sido deseable poder haber incluido muestras independientes también por sexo u otras variables de interés. Esto hubiera permitido ampliar el

tamaño de la muestra y por tanto realizar análisis estadísticos más complejos, estratificando por otras variables. Por ejemplo, hubiera sido interesante analizar si las diferencias observadas según los ejes de desigualdad se dan de la misma forma en aquellas personas que fueron invitadas a participar en el programa por primera vez (invitación inicial), y en las que ya habían sido invitadas en rondas anteriores (invitación sucesiva). Esta nueva hipótesis surge como consecuencia de los resultados de un estudio realizado en el contexto de los programas de cribado del CCR en España que mostró diferencias en la participación por grupos de edad y sexo teniendo en cuenta esta variable, siendo que en las invitaciones sucesivas se observaron tasas de participación más elevadas que en las iniciales, y menos diferencias entre hombres y mujeres.⁸⁸ Sería recomendable plantear nuevos estudios que incluyan esta variable de estratificación.

Por otro lado, a pesar de que esta tesis se ha realizado desde el **modelo teórico de los determinantes sociales de la salud**,⁴⁰ incluyendo en los análisis los ejes de edad, género, nivel educativo y clase social, **no se han tenido en cuenta** los ejes de **país de origen o grupo étnico**. Algunos estudios han mostrado barreras específicas para grupos étnicos minoritarios.^{158,159} En la Comunitat Valenciana se realizó un estudio cualitativo con población magrebí para analizar los conocimientos, creencias y actitudes de este colectivo sobre el cribado del CCR. Se observó que la falta de información sobre el PPCCR, así como las dificultades idiomáticas actuaban como barreras de acceso a este tipo de programas.¹⁶⁰ Resultados similares se han encontrado en el colectivo de población gitana, con bajos niveles de conocimiento sobre el programa y dificultades de comprensión de la carta de invitación.¹⁶¹ Por tanto sería deseable continuar profundizando en estos ejes.

Siguiendo con limitaciones asociadas a los modelos teóricos, el **modelo de creencias en salud**^{28,29} utilizado para interpretar los resultados de esta tesis relativos a

conocimientos, creencias y actitudes, es un modelo que se basa en la elección racional de las prácticas sociales. Esta tesis parte de la hipótesis de que la participación en el PPCCR se debe a un complejo conjunto de factores sociales, y no a una mera elección o decisión racional. Por ello las limitaciones del modelo han sido superadas incluyendo los ejes de desigualdad como modeladores de las percepciones individuales, aportando una perspectiva más próxima al constructivismo social.³² A pesar de que no se ha utilizado el modelo de forma estricta, ha permitido identificar que la percepción de beneficios es un factor clave para participar, independientemente del género, la edad o la clase social.

Por último, cabe resaltar que esta tesis es el resultado de la aplicación de dos metodologías diversas, la cualitativa y la cuantitativa, a un mismo objeto de estudio, la participación y la participación informada en el cribado del CCR. Como ha podido observarse a lo largo de todo el documento, la mayoría de los resultados obtenidos mediante ambas metodologías son consistentes, lo que contribuye a apoyar la validez de los resultados de esta tesis, a pesar de las limitaciones descritas.

6.3. Implicaciones de los resultados de esta tesis

Teniendo en cuenta que esta tesis ha mostrado que existen desigualdades sociales y de género en la participación y en la participación informada en el PPCCR de la Comunitat Valenciana sería recomendable establecer políticas e intervenciones tendentes a reducirlas.

Para reducir las desigualdades sociales en salud, se puede trabajar desde diferentes perspectivas. La **perspectiva poblacional**, es aquella que se dirige a toda la población y que busca reducir las desigualdades entre los diferentes grupos socioeconómicos, es decir, reducir el gradiente social. Los programas de prevención del

cáncer de tipo poblacional siguen esta perspectiva, pero a pesar de que fomentan un acceso más equitativo en comparación con los programas oportunistas¹²⁷ no aseguran la equidad tal y como se ha mostrado en esta tesis y otros estudios.^{72,73,74,75,76,106,112,119} Por tanto generan una “prevención inversa”,¹⁶² beneficiando más a quienes menos lo necesitan.

Dentro de este enfoque poblacional se enmarcan muchas de las intervenciones realizadas para aumentar la participación de la población, como por ejemplo una intervención desarrollada en cuatro regiones italianas para testar la efectividad del envío de una carta informativa sobre el CCR y los beneficios y riesgos de los PPCCR un mes antes de la carta de invitación del programa.¹⁶³ La intervención mostró un aumento de la participación en las regiones que realizaban el cribado a través de sigmoidoscopia, pero no en aquellas que lo realizaban mediante el TSOH. En cambio, otra intervención también poblacional realizada en Inglaterra, basada en el envío de una carta de recuerdo con mensajes específicamente dirigidos a aumentar la participación del estilo “nunca es tarde para realizarse el test”, o “si se detecta a tiempo el tratamiento es más efectivo”, sí mostró una disminución del gradiente social en la participación.¹⁶⁴

Teniendo en cuenta que las intervenciones poblacionales no siempre reducen las desigualdades de acceso, se puede trabajar también desde planteamientos o **perspectivas focalizadas en población vulnerable**, es decir, que centren los esfuerzos en aquellos colectivos con mayores necesidades.¹⁶⁵ En el contexto de los programas de cribado del cáncer, estos planteamientos se traducen en acciones específicas dirigidas a los grupos sociales que menos participan, mediante intervenciones de mejora de la información, aumento de la participación social o de empoderamiento.

En esta línea se han desarrollado algunas iniciativas para reducir las desigualdades de acceso a los programas de cribado del CCR, como por ejemplo las basadas en la “Navegación del Paciente”.¹⁶⁶ Estas estrategias se basan en el acompañamiento y asesoramiento de las personas en la toma de decisiones que afectan a su salud, con el objetivo de reducir las posibles barreras de acceso por cuestiones sociales o culturales. Algunas de estas barreras se relacionan con dificultades de transporte, dificultades idiomáticas, de aseguramiento sanitario, necesidades de información o de apoyo psicosocial. El acompañamiento se realiza a través de profesionales del ámbito sociosanitario, y pueden apoyarse también en herramientas de ayuda a la toma de decisiones como vídeos, materiales informativos o algoritmos de decisión.¹⁶⁷ Los resultados de este tipo de intervenciones en el contexto de los programas de cribado del CCR han mostrado un aumento de la participación de la población socialmente más vulnerable.^{168,169,170}

Ambos enfoques, el poblacional y el focalizado en población vulnerable, son complementarios e interdependientes, y por tanto necesarios para trabajar desde una perspectiva de transversalidad de equidad y género.³⁴ Se trataría por tanto de integrar ambas perspectivas para trabajar desde el enfoque del **universalismo proporcional**,¹⁷¹ es decir, realizando esfuerzos proporcionales a las necesidades de cada colectivo. Puesto que se asume que pueden existir desigualdades en todos los estratos sociales, es decir, en el gradiente social, se deben realizar los ajustes necesarios para compensar estas desigualdades de forma proporcional a cada situación. Teniendo en cuenta que esta tesis ha mostrado que existen barreras y oportunidades a la participación y a la participación informada en el PPCCR de la Comunitat Valenciana comunes a todos los grupos sociales, así como específicas en función del género, la edad, el nivel educativo

y la clase social, sería recomendable desarrollar intervenciones para reducir estas desigualdades desde el enfoque del universalismo proporcional.

En España se realizó un estudio para evaluar si desde los programas de prevención del cáncer se estaba **trabajando para reducir las desigualdades en la participación**.¹⁷² Los resultados para los programas de cribado del CCR mostraron que todavía eran escasos los esfuerzos para compensar estas desigualdades, pues la mitad de las regiones participantes en el estudio no habían realizado ninguna intervención en esta línea. Además, de las Comunidades Autónomas que sí habían implementado alguna acción, la mayoría lo hicieron desde un enfoque poblacional, con pocas iniciativas desarrolladas para colectivos vulnerables o desde la perspectiva del universalismo proporcional.

En la Comunitat Valenciana, teniendo en cuenta que esta tesis ha mostrado que las desigualdades de acceso a información sobre la enfermedad y el programa se relacionan con desigualdades en la participación, se realizó en 2010 un trabajo de **revisión de los materiales informativos del programa** y una **adaptación** de los mismos **a las necesidades** específicas identificadas. Las malas interpretaciones en los materiales escritos y la falta de información de la población en general, y de los hombres y las personas de menor nivel educativo en particular, motivaron el desarrollo de esta iniciativa. La iniciativa partió del Servicio de Prevención y Promoción del Salud en el Entorno Sanitario de la Dirección General de Salud Pública (Consellería de Sanitat Universal i Salut Pública, Generalitat Valenciana). El resultado fue el rediseño de las cartas y el folleto informativo del programa y el diseño de un video de 7 minutos (enlace web: https://www.youtube.com/watch?v=BsK7GqQX0_o) con mensajes claros y concisos sobre los factores de riesgo y protección del CCR, y los beneficios y efectos adversos de participar en el cribado del CCR. En todos los materiales se utilizó

un lenguaje simple, adaptado a los niveles educativos más bajos, siguiendo las demandas de este colectivo,¹⁷³ y las recomendaciones de calidad de la información en el cribado del cáncer de la Unión Europea.²² Esta intervención no ha sido evaluada por el momento, por lo que sería recomendable conocer si ha tenido impacto en la reducción de las desigualdades en la participación y en la participación informada.

Una intervención desarrollada en Inglaterra dirigida a toda la población, basada en el uso de materiales informativos diseñados para población de baja alfabetización sanitaria, no mostró reducción de las desigualdades de acceso.¹⁷⁴ Los mismos resultados se encontraron en otra estrategia basada en el uso de folletos narrativos con citas textuales y fotos de personas participantes en el programa.¹⁷⁵ Cabría pues valorar otras estrategias de intervención que tengan mayor impacto en la reducción de desigualdades.

Siguiendo con la implicación que los resultados de esta tesis pueden tener en la práctica, se ha observado que si la información sobre el CCR y el PPCCR se recibe por parte del **médico/a de atención primaria** se aumentan las probabilidades de participar.¹⁰⁶ Algunos estudios han mostrado que los profesionales sanitarios tienen actitudes positivas hacia el PPCCR,¹⁷⁶ pero que al mismo tiempo manifiestan dificultades para implicarse en la difusión y recomendación de este tipo de programas a la población que atienden de forma rutinaria, como la falta de tiempo y de información.¹⁷⁷ Por lo tanto sería recomendable desarrollar estrategias para reducir estas barreras como forma de potenciar una participación informada.¹⁷⁸

En la línea de analizar si las estrategias para potenciar la participación informada en los programas de cribado del CCR basadas en la recomendación del médico/a de atención primaria tienen impacto en la reducción de desigualdades sociales en la participación, se observó, en un estudio realizado en Inglaterra, que este

tipo de estrategias tuvieron impacto en el aumento de la participación global, pero no en el gradiente socioeconómico.¹⁷⁹ En cambio, en una intervención realizada en Barcelona para aumentar la participación de las mujeres en el cribado mamográfico, basada en el contacto directo con profesionales no sanitarios formados al efecto, sí mostró una reducción de las desigualdades de acceso.¹⁸⁰ Por lo tanto cabría seguir investigando la forma de apoyarse en los/las profesionales de atención primaria para reducir las desigualdades en la participación y en la participación informada.

No haber recibido la carta de invitación al PPCCR es otra de las barreras mayoritariamente identificada en esta tesis,¹¹⁹ coincidiendo con los resultados de otros estudios,⁹⁰ por lo que sería recomendable identificar las causas de este motivo y reducirlas. Una de las posibles estrategias sería informar a la población de la importancia de actualizar los datos de contacto relativos al domicilio de residencia en el Sistema de Información Poblacional de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública de la Comunitat Valenciana. Teniendo en cuenta que el PPCCR de la Comunitat Valenciana se nutre de este sistema de información, contribuiría a reducir errores en el envío de las cartas de invitación. Además también se podría incidir en la importancia de facilitar el número de teléfono móvil, lo que permitiría investigar nuevas estrategias de invitación a través de este medio.

Se han desarrollado algunas estrategias basadas en la invitación a los programas de cribado del cáncer de mama, cérvix y colorrectal a través del envío de mensajes de texto a móviles, y han mostrado un aumento de la participación de la población en este tipo de programas, claramente beneficioso en el cribado mamográfico,^{181,182} pero con un impacto menor en el cribado del CCR. Estas diferencias en el impacto pueden deberse a las diferencias en el procedimiento de invitación-participación entre estos dos programas.¹⁸³ A pesar de que la mayoría de estudios no

han analizado el impacto de este tipo de intervenciones en población socialmente vulnerable, se ha apuntado el potencial que tienen para reducir desigualdades. El uso masivo de este medio de comunicación social entre la población, y la inmediatez y sencillez de los mensajes, hace que estas estrategias sean potencialmente eficaces para la población con baja alfabetización sanitaria.¹⁸³

Para avanzar hacia la equidad en salud, es necesario contar con **mecanismos de participación social y empoderamiento** que favorezcan la participación de la población en las cuestiones relacionadas con su salud.¹⁸⁴ La población demanda cada vez más información de calidad, pero también una mayor participación en la toma de decisiones que afectan a su salud.¹⁸⁵ Por ello, sólo ofrecer información no es suficiente, y es necesario favorecer procesos de consulta, participación directa de la población en la toma de decisiones, y desarrollar estrategias de empoderamiento en salud.

En la Comunitat Valenciana se han desarrollado algunas **iniciativas dirigidas a colectivos vulnerables** basadas en el **empoderamiento en prevención del cáncer**. En concreto, en la localidad de Algemesí, se realizó una intervención con mujeres en situación de vulnerabilidad social, tanto españolas, como gitanas y magrebíes, para su empoderamiento en la prevención del cáncer, en el contexto del Projecte RIU. El Projecte RIU¹⁸⁶ es un proyecto de salud comunitaria impulsado por el Centro de Salud Pública de Alzira, en colaboración con el Ayuntamiento de Algemesí y la Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica (FISABIO) de la Comunitat Valenciana. En concreto, la intervención de empoderamiento en prevención del cáncer se basó en los principios de la promoción de la salud, y utilizó metodologías de educación entre iguales, mediante la formación de agentes de salud que actuaron como formadores/as de su comunidad en cuestiones relacionadas con la prevención del cáncer. La evaluación del proyecto ha mostrado una transformación de creencias

erróneas sobre la prevención del cáncer, un aumento del conocimiento de los programas de cribado del cáncer existentes en el territorio, así como una reducción de las barreras de acceso a estos programas de los colectivos vulnerables incluidos en la intervención.¹⁸⁷ Estos resultados están en línea con las conclusiones de una revisión realizada en 2016¹⁸⁸ sobre intervenciones culturalmente adaptadas a grupos étnicos minoritarios, en la que se observó que la mayoría de ellas tuvo un impacto positivo en la reducción de las desigualdades raciales y étnicas en la participación en el cribado del cáncer.

Para terminar, teniendo en cuenta las desigualdades de género identificadas en esta tesis, cabría reflexionar sobre la forma de **incluir la perspectiva de género en el programa de cribado del CCR**. Se han identificado creencias y actitudes relacionadas con los estereotipos tradicionales de género que han mostrado relación con la participación y la participación informada de hombres y mujeres. Algunas de las barreras identificadas en esta línea, son por ejemplo, la ausencia de percepción de vulnerabilidad ante el CCR y la falta de autocuidado en los hombres, o la vergüenza a realizarse la prueba, en las mujeres. Por otro lado, algunas oportunidades a la participación y a la participación informada de los hombres son el hecho de vivir en pareja, de haber recibido apoyo por parte de sus parejas mujeres, y tener responsabilidades familiares; y en las mujeres, valorar la importancia del cuidado de la salud y haber participado previamente en el cribado del cáncer de mama. Este último resultado nos indica la posibilidad de utilizar la estructura del Programa de Prevención del Cáncer de Mama de la Comunitat Valenciana, es decir, las Unidades de Prevención del Cáncer de Mama, para potenciar la participación de mujeres y hombres, teniendo en cuenta la calidad y solidez de su funcionamiento, con tasas de participación por encima de las recomendaciones de la Unión Europea.¹¹⁵

Los resultados relativos a desigualdades de género plantean la necesidad de desarrollar iniciativas que aborden estas cuestiones tanto desde los programas de cribado del CCR, como desde otros programas de prevención y promoción de la salud. Pero también, teniendo en cuenta que estas barreras y oportunidades van más allá del ámbito sanitario, requieren de políticas y programas desarrollados desde otros sectores, como el de bienestar social, empleo y educación, es decir, de una **perspectiva intersectorial** que incluya **la salud en todas políticas**,¹⁸⁹ y que evalúen el **impacto en salud** desde una perspectiva de equidad y género.¹⁹⁰

Siguiendo la recomendación de la OMS, se debe trabajar desde una perspectiva de **transversalidad de género** que permita dar una respuesta global a estas desigualdades, es decir, atender a las "cuestiones de género en la planificación, ejecución, vigilancia y evaluación de políticas, programas, proyectos e investigaciones".¹⁹¹

Se ha observado que la presencia de la **perspectiva de género en los planes de salud** en España varía por comunidades autónomas, siendo todavía escasa.¹⁹² En la Comunitat Valenciana el IV Plan de Salud¹⁹³ incluye entre sus objetivos "fortalecer la equidad y la igualdad de género, reducir las desigualdades en salud y fomentar la participación, mediante la vigilancia de los determinantes sociales de la salud". Por su parte, el Plan Oncológico de la Comunitat Valenciana¹⁹⁴ pretende "mejorar el acceso a los programas de cribado y diagnóstico precoz de cáncer disminuyendo desigualdades por género, edad, clase social y país de origen". El desarrollo de este tipo de políticas a nivel regional, nacional y europeo es fundamental para avanzar hacia la equidad de género en salud y cáncer.

Se ha observado también que las **intervenciones para reducir las desigualdades de género en salud** todavía son limitadas.¹⁹⁵ En relación al cribado del

CCR, la mayoría de las intervenciones publicadas para aumentar la participación no muestran la diferencia en el impacto entre hombres y mujeres. Además, es escasa la presencia de intervenciones específicas para reducir las desigualdades de género en la participación. Es por tanto necesario identificar el impacto en la equidad de género de las intervenciones desarrolladas, así como diseñar acciones específicas que persigan la igualdad de género.

Avanzar en el conocimiento sobre cómo operan las **desigualdades de género** en el **balance entre los beneficios y efectos adversos** de los programas de cribado del CCR es complejo. Para ello es necesario desarrollar investigaciones con perspectiva de género, cuyo prerrequisito es desagregar los datos por sexo, incluir variables sensibles al género, e interpretar los resultados desde las teorías de género.⁵² Actualmente existen varios proyectos liderados por la directora de esta tesis, la doctora Dolores Salas, que están trabajando en esta línea.^{196,197} Se parte de la asunción de que las diferencias culturales, comportamentales y fisiopatológicas entre hombres y mujeres generan desigualdades en este balance, lo que hace plantear la posibilidad de desarrollar estrategias específicas de cribado por sexos.

La investigación con perspectiva de género requiere de acercamientos metodológicos diversos. La **triangulación metodológica**, es decir, el uso de metodologías cualitativas y cuantitativas permite aproximarnos al fenómeno de las desigualdades de género de forma más completa y compleja. Esta tesis no hubiera mostrado tanta riqueza de resultados relativos a desigualdades de género si no se hubiera realizado el estudio cualitativo inicial¹¹² que permitió identificar un elevado número de factores relacionados con los roles de género, no esperados previamente. Por tanto utilizar metodologías cualitativas en la investigación en salud pública es de vital importancia para facilitar la inclusión de la perspectiva de equidad y género.

Para trabajar desde una perspectiva de género en el cribado del CCR también es importante utilizar un **lenguaje no sexista**. Los canales de información de los programas, así como las herramientas de recogida de información para la evaluación de los programas (cuestionarios, guiones de entrevistas, grupos de discusión, etc.), deben incluir las recomendaciones para el uso de un lenguaje no sexista.¹⁹⁸ Se pretende de esta forma contribuir a la reducción de los estereotipos de género que fomentan desigualdades entre hombres y mujeres, presentes en el imaginario colectivo.

Por tanto, un **enfoque integrado de género**⁴⁸ que incida en las diferencias por sexo, en las desigualdades por género, y en los determinantes de las desigualdades por género, es fundamental para abordar las desigualdades de género en la participación y en la participación informada en el PPCCR de la Comunitat Valenciana. Pero también es necesario trabajar para reducir las desigualdades producidas por **la intersección entre el género y otros ejes de desigualdad**.

Identificar las desigualdades en cáncer por cuestiones de género, edad, nivel educativo, clase social, país de origen o grupo étnico, **y hacerlas públicas**, es una recomendación de la Comisión Europea para avanzar hacia la equidad en cáncer.¹⁹⁹ Un estudio realizado en el contexto de los programas de cribado del cáncer en Europa evidenció que la mayoría de programas no evaluaban de forma sistemática las desigualdades en la participación teniendo en cuenta información socioeconómica, limitándose a hacer análisis por sexo y edad.²⁰⁰ Algunas de las dificultades asociadas a esta falta de perspectiva de equidad en las evaluaciones sistemáticas de los programas de cribado del cáncer se han relacionado con la escasa disponibilidad de variables sociales.²⁰¹

Se deben dedicar esfuerzos para incluir el máximo número posible de indicadores socioeconómicos en los sistemas de información de los programas de

cribado del cáncer. Actualmente se están desarrollando iniciativas para **elaborar índices de nivel socioeconómico individual que permitan evaluar desigualdades sociales**, como la liderada por la doctoranda de esta tesis, Ana Molina-Barceló, y su directora Dolores Salas.²⁰² Este proyecto pretende avanzar en el conocimiento sobre las desigualdades que afectan al PPCCR de la Comunitat Valenciana, en concreto a la participación, la tasa de detección, los tiempos de demora y la precocidad diagnóstica, desde una perspectiva de equidad y género. Para ello se va elaborar un índice de nivel socioeconómico individual a partir de la información contenida en el código de Análisis Poblacional Segmentado Integrado (APSI) del Sistema de Información Poblacional de la Comunitat Valenciana. El código APSI tiene el potencial de caracterizar socioeconómicamente a toda la población de la Comunitat Valenciana incluida en el Sistema de Información Poblacional de manera individualizada mediante la combinación de las variables que lo conforman. Con este proyecto se pretende mejorar la disponibilidad de indicadores socioeconómicos en los sistemas de información de los programas de cribado del CCR para facilitar la monitorización sistemática y periódica de las desigualdades, siguiendo las recomendaciones de la Comisión Europea.¹⁹⁹

Así mismo, la doctoranda y la directora de esta tesis están liderando actualmente una iniciativa de **recogida de buenas prácticas para mejorar la equidad en la prevención del cáncer**, tanto primaria como secundaria. Esta iniciativa se desarrolla en el contexto de la nueva Acción Conjunta de la Comisión Europea para la lucha contra el cáncer, Innovative Partnership for Action Against Cancer (iPAAC).²⁰³ El objetivo es elaborar un repositorio de ejemplos de buena práctica para la reducción de desigualdades en la prevención del cáncer de manera que puedan ser transferibles y replicables en otros contextos.

Por lo tanto, para reducir las desigualdades en la participación y en la participación informada en el cribado del CCR es importante seguir trabajando desde una **perspectiva de equidad y género** en lo relativo a las políticas, programas, intervenciones e investigaciones. Es también recomendable ampliar esta perspectiva al **continuo del CCR**, es decir, a lo relativo a las desigualdades sociales en la exposición a factores de riesgo, en la detección precoz, en el acceso a los tratamientos y en la rehabilitación y cuidados, como forma de contribuir a **reducir las desigualdades en incidencia y mortalidad por este tumor**.

7. CONCLUSIONES

7. CONCLUSIONES

1. Se han identificado **desigualdades sociales y de género en la participación y en la participación informada** en el PPCCR de la Comunitat Valenciana, así como en los factores que influyen en ambas. Estas desigualdades son el resultado de complejos sistemas de **interacción entre factores sociales estructurales e intermedios**.
2. Las **desigualdades en la participación** se deben a **determinantes estructurales** como el género, la edad y el nivel educativo, observándose una participación mayor en mujeres, personas de mayor edad, y de niveles educativos bajos. En relación a los **determinantes intermedios**, se han identificado como **facilitadores** de la participación, estar informado/a, percibir que la detección precoz aumenta las probabilidades de curación, considerar sencilla la prueba, y que la información provenga del médico/a de atención primaria. En cuanto a las **barreras** destacan no haber recibido la carta de invitación, la ausencia de síntomas y la falta de información, habiéndose detectado malas interpretaciones en la información contenida en la carta de invitación.
3. Desde una **perspectiva de equidad y género**, se observa que los roles tradicionales de género influyen en la participación. En las mujeres se observa el peso de los roles y estereotipos del ámbito reproductivo, y en los hombres los del ámbito productivo. Así mismo se identifican desigualdades en los factores que influyen en la participación por la **intersección entre el género, la edad y la clase social**.
4. En las **mujeres** se identifican como **factores facilitadores de la participación**, haber participado previamente en el Programa de Prevención del Cáncer de Mama y considerar que el cuidado de la salud previene de sufrimiento personal

- y familiar; y como **barreras**, considerar desagradable la prueba de cribado y tener vergüenza a realizársela, especialmente en mujeres de clases sociales bajas. Mientras que en los **hombres los factores facilitadores** son tener entre 60 y 69 años, vivir en pareja y que sus parejas mujeres les animen a realizarse la prueba; y las **barreras**, no sentirse vulnerables ante el CCR, falta de autocuidado de la salud, y falta de tiempo, especialmente en los hombres más jóvenes y de clases sociales más altas.
5. Se identifican también **desigualdades en la participación informada** como consecuencia de los **determinantes estructurales** de género y nivel educativo, observándose que la participación informada es mayor en mujeres y en personas de niveles educativos altos. En cuanto a los **determinantes intermedios** se ha identificado que haber participado en el PPCCR aumenta la probabilidad de estar informado/a. Desde una **perspectiva de equidad y género** se observa que las mujeres están más informadas si tienen entre 50 y 59 años, si tienen familiares o amigos/as con cáncer, y si han participado previamente en el Programa de Prevención del Cáncer de Mama; mientras que los hombres aumentan su nivel de conocimiento si tienen responsabilidades familiares.
 6. Las desigualdades en la participación y en la participación informada identificadas en esta tesis plantean la necesidad de trabajar desde el enfoque del **universalismo proporcional**, es decir, realizando esfuerzos proporcionales a las necesidades de cada colectivo, incluyendo la **perspectiva de equidad y género**.
 7. Es importante continuar avanzando en el conocimiento sobre cómo operan las **desigualdades sociales y de género** en el **balance entre los beneficios y efectos adversos del cribado del CCR**. Pero también trasladar la mirada de equidad y género al **continuo del CCR**.

8. Algunas de las **propuestas de intervención** derivadas de los resultados de esta tesis para **potenciar la participación y la participación informada** se centran en: la implicación de los/las profesionales de atención primaria en la información y recomendación del programa; el diseño de materiales informativos adaptados a las necesidades específicas de cada colectivo con información balanceada sobre los beneficios y riesgos de participar en el cribado del CCR; el establecimiento de nuevas estrategias de invitación a través del envío de mensajes de texto a móviles; el uso de la estructura del Programa de Prevención del Cáncer de Mama como medio para potenciar la participación y la participación informada; y la puesta en marcha de estrategias que promuevan la participación social y el empoderamiento en prevención del cáncer de la población, a través de intervenciones comunitarias con colectivos socialmente vulnerables.
9. Es fundamental analizar **el impacto en la equidad y el género de las intervenciones** que se desarrollen para mejorar el acceso a los programas de cribado del CCR. Esto permitiría identificar **buenas prácticas** para la reducción de las desigualdades en la participación y la participación informada en estos programas, y poder hacerlas extensibles y reproducibles a otros contextos.
10. En términos globales sería recomendable incorporar la perspectiva de **transversalidad de equidad y género** en las políticas, programas, intervenciones e investigaciones del CCR y el cribado del CCR.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2015;136:E359-86.
2. Ervik M, Lam F, Ferlay J, et al. *Cancer Today*. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer. *Cancer Today*; 2016; [consultado el 12/09/2018] Disponible en: <http://gco.iarc.fr/today>
3. Béjar L, Gili M, Díaz V, et al. Incidence and mortality by colorectal cancer in Spain during 1951-2006 and its relationship with behavioural factors. *Eur J Cancer Prev*. 2009;18:436-44.
4. Cancer Code Europe [Internet]. Código Europeo Contra el Cáncer; [consultado el 03/09/2018]. Disponible en: <https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/es/>
5. Mandel JS, Church TR, Ederer F, et al. Colorectal cancer mortality: effectiveness of biennial screening for fecal occult blood. *J Natl Cancer Inst*. 1999; 91:434-437.
6. Atkin WS, Edwards R, Kralj-Hans I, et al. Once-only flexible sigmoidoscopy screening in prevention of colorectal cancer: a multicentre randomised controlled trial. *Lancet*. 2010;375:1624-33.
7. Mandel JS, Church TR, Bond JH, et al. The effect of fecal occult-blood screening on the incidence of colorectal cancer. *N Engl J Med*. 2000;343:1603-7.
8. Segnan N, Armaroli P, Bonelli L, et al. Once-only sigmoidoscopy in colorectal cancer screening: follow-up findings of the Italian Randomized Controlled Trial--SCORE. *J Natl Cancer Inst*. 2011;103:1310-22.
9. Wilson J, Junger G. Principles and practice of screening for disease. *Public Health Papers N°34*. Geneva: World Health Organization; 1968.

10. Lansdorp-Vogelaar I, Knudsen AB, Brenner H. Cost-effectiveness of colorectal cancer screening. *Epidemiol Rev* 2011; 33: 88-100.
11. Recomendación del Consejo (2003/878/EC) de 2 de diciembre de 2003 sobre el cribado del cáncer [Diario Oficial de la Unión Europea: 16/12/2003]
12. Ponti A, Anttila A, Ronco G, et al. Cancer screening in the European Union. Report on the implementation of the Council Recommendation on cancer screening. Lyon (France): International Agency for Research on Cancer; 2017.
13. Orden SSI/2065/2014, de 31 de octubre, por la que se modifican los anexos I, II y III del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. *Boletín Oficial del Estado*, 6 de noviembre de 2014.
14. Red de programas de Cribado de Cáncer [Internet]. Programas de Cribado de Cáncer Colorrectal. Informe de evaluación 2016; [consultado el 10/09/2018]. Disponible en: www.cribadocancer.es
15. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Ponencia de Cribado Poblacional de la Comisión de Salud Pública. Documento marco sobre cribado poblacional. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010.
16. Gotzsche PC, Olsen O. Is screening for breast cancer with mammography justifiable? *Lancet*. 2000;355:129-34.
17. Holland W, Stewart S, Masseria C. Policy brief: screening in Europe. Geneva: World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies; 2006.
18. Segnan N, Patnick J, von Karsa L, editores. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. 1st ed. Luxembourg: European Commission, Publications Office of the European Union; 2010.

19. The Danish Council of Ethics. Screening: a report. Copenhagen: The Danish Council of Ethics; 2001.
20. Parkin DM, Tappenden P, Olsen AH, et al. Predicting the impact of the screening programme for colorectal cancer in the UK. *J Med Screen*. 2008;15:163-174.
21. Malila N, Senore C, Armaroli P. Organisation. En: Segnan N, Patnick J, von Karsa L, editors. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. 1st ed. Luxembourg: European Commission, Publications Office of the European Union; 2010.
22. Austoker J, Giordano L, Hewitson P, et al. Communication. En: Segnan N, Patnick J, von Karsa L, editores. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. 1st ed. Luxembourg: European Commission, Publications Office of the European Union; 2010.
23. Rimer BK, Briss PA, Zeller PK, et al. Informed decision making: what is its role in cancer screening? *Cancer*;101:1214-28. Review.
24. Smith SK, Simpson JM, Trevena LJ, et al. Factors Associated with Informed Decisions and Participation in Bowel Cancer Screening among Adults with Lower Education and Literacy. *Med Decis Making*. 2014;34:756-772.
25. Smith SK, Kearney P, Trevena L, et al. Informed choice in bowel cancer screening: a qualitative study to explore how adults with lower education use decision aids. *Health Expect*. 2014;17:511-22.
26. Jepson RG, Hewison J, Thompson AG, et al. How should we measure informed choice? The case of cancer screening. *J Med Ethics*. 2005;31:192-6.
27. Fox R. Informed choice in screening programmes: do leaflets help? A critical literature review. *J Public Health (Oxf)*. 2006;28:309-17.

28. Becker MH. The health belief model and personal health behavior. *Health Educ Monogr.* 1974;2:324-508.
29. Rosenstock IM. The health belief model and preventive health behavior. *Health Educ Monogr.* 1974;2:324-508.
30. Moreno E, Gil J. El modelo de creencias en salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *Rev. Int. Psicol. Ter. Psicol.* 2003;3:91-109.
31. Becker MH, Maiman L. Sociobehavioral determinants of compliance with health and medical recommendations. *Med Care.* 1975;13:10-24. Review
32. Lupton D. The social construction of the medicine and the body. En: Albretch G, Fitzpatrick R y Scrimshaw S, editores. *Handbook of social studies in health and medicine.* Thousand Oaks, CA: SAGE; 2000. p-50-63.
33. Krieger N. A glossary for social epidemiology. *J Epidemiol Community Health.* 2001;55:693-700.
34. Whitehead M, Dahlgren G. *Levelling Up, Part 1: Concepts and principles for tackling social inequalities in health.* Copenhagen: World Health Organization; 2006. 34 p.
35. Valls-Llobet C. *Mujeres, salud y poder.* Madrid: Ediciones Cátedra; 2010. 432 p
36. Durkheim E. *Las reglas del método sociológico.* Madrid: Editorial Biblioteca Nueva; 2005. 272 p
37. Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *Int J Epidemiol.* 2001;30:668-77. Review.
38. Dahlgren G, Whitehead M. *Policies and strategies to promote social equity in health.* Stockholm: Institute of Futures Studies; 1991.

39. 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). Geneva: World Health Organization; 2010. 75 p.
40. Ministerio Sanidad y Política Social. Comisión para reducir las desigualdades en salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Madrid: Ministerio Sanidad y Política Social; 2010.
41. Giner S, Lamo de Espinosa E, Torres C. Diccionario de sociología. Madrid: Alianza; 2002.
42. Alvarez-Sousa A. El constructivismo estructuralista: la teoría de las clases sociales de Pierre Bourdieu. *Reis*. 1996;75:145-172.
43. Bourdieu P. La distinción. Criterio y bases sociales del gusto. Madrid: Taurus; 1998. 597 p.
44. Alvarez-Dardet C, Alonso J, Domingo A, et al. La medición de la clase social en ciencias de la salud. Informe de un grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. Barcelona: SG Editores; 1995. 124 p.
45. Domingo-Salvany A, Bacigalupe A, Carrasco JM, et al. Proposals for social class classification based on the Spanish National Classification of Occupations 2011 using neo-Weberian and neo-Marxist approaches. *Gac Sanit*. 2013;27:263-72.
46. Esteban ML. El género como categoría analítica. Revisiones y aplicaciones a la salud. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*. 2003;3:22-39.
47. Velasco S. Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.

48. Velasco S. Recomendaciones para la práctica del enfoque de género en programas de salud. Madrid: Observatorio de Salud de la mujer. Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
49. Springer KW, Mouzon DM. "Macho men" and preventive health care: implications for older men in different social classes. *J Health Soc Behav.* 2011;52:212-27.
50. Bertakis KD, Azari R, Helms LJ, et al. Gender differences in the utilization of health care services. *J Fam Pract.* 2000;49:147-52.
51. Redondo-Sendino A, Guallar-Castillón P, Banegas JR, et al. Gender differences in the utilization of health-care services among the older adult population of Spain. *BMC Public Health.* 2006;6:155.
52. García-Calvente MM (editora), Jiménez-Rodrigo ML, Martínez-Morante E. Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud. Editorial: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2013. 169 p.
53. Kim SE, Paik HY, Yoon H, et al. Sex- and gender-specific disparities in colorectal cancer risk. *World J Gastroenterol.* 2015;21:5167-75. Review.
54. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Copenhagen: World Health Organization. Regional Office for Europe; 2000.
55. Domínguez-Berjón MF, Borrell C, Cano-Serral G, et al. Constructing a deprivation index based on census data in large Spanish cities (the MEDEA project). *Gac Sanit.* 2008;22:179-87.
56. García-Altés A, Rodríguez-Sanz M, Pérez G. et al. Desigualdades en salud y en la utilización y el desempeño de los servicios sanitarios en las Comunidades Autónomas. *Cuadernos económicos de ICE.* 2008; 75:115-128.

57. Singh-Manoux A, Ferrie JE, Chandola T, Marmot M. Socioeconomic trajectories across the life course and health outcomes in midlife: evidence for the accumulation hypothesis? *Int J Epidemiol.* 2004;33:1072-9.
58. Krieger N. Defining and investigating social disparities in cancer: critical issues. *Cancer Cause Control.* 2005;16:5-14.
59. Doubeni CA, Laiyemo AO, Major JM, et al. Socioeconomic status and the risk of colorectal cancer: an analysis of more than a half million adults in the National Institutes of Health-AARP Diet and Health Study. *Cancer.* 2012;118:3636-44.
60. Baade PD, Dasgupta P, Aitken JF, et al. Geographic remoteness, area-level socioeconomic disadvantage and inequalities in colorectal cancer survival in Queensland: a multilevel analysis. *BMC Cancer* 2013;13:493.
61. Stanbury JF, Baade PD, Yu Y, et al. Cancer survival in New South Wales, Australia: socioeconomic disparities remain despite overall improvements. *BMC Cancer.* 2016;16:48.
62. Majek O, Gondos A, Jansen L, et al. Sex differences in colorectal cancer survival: population-based analysis of 164,996 colorectal cancer patients in Germany. *PLoS One.* 2013;8:e68077.
63. Grundmann RT, Meyer F. Gender-specific influences on incidence, screening, treatment, and outcome of colorectal cancer. *Zentralbl Chir.* 2013;138:434-41.
64. Doubeni CA, Major JM, Laiyemo AO, et al Contribution of behavioral risk factors and obesity to socioeconomic differences in colorectal cancer incidence. *J Natl Cancer Inst* 2012;104:1353-62.
65. Koo JH, Leong RW. Sex differences in epidemiological, clinical and pathological characteristics of colorectal cancer. *J Gastroenterol Hepatol.* 2010;25:33-42.
66. Chacko L, Macaron C, Burke CA. Colorectal cancer screening and prevention in women. *Dig Dis Sci.* 2015;60:698-710.

67. Lee K, Lim HT, Hwang SS, et al. Socio-economic disparities in behavioural risk factors for cancer and use of cancer screening services in Korean adults aged 30 years and older: the Third Korean National Health and Nutrition Examination Survey, 2005 (KNHANES III). *Public Health*. 2010;124:698-704.
68. Neal RD, Allgar VL. Sociodemographic factors and delays in the diagnosis of six cancers: analysis of data from the "National Survey of NHS Patients: Cancer". *Br J Cancer*. 2005;92:1971-5.
69. Woods LM, Rachet B, Coleman MP. Origins of socio-economic inequalities in cancer survival: a review. *Ann Oncol*. 2006;17:5-19.
70. Hines R, Markossian T, Johnson A, et al. Geographic residency status and census tract socioeconomic status as determinants of colorectal cancer outcomes. *Am J Public Health* 2014;104:e63-71.
71. Hsieh MC, Chiu YW, Velasco C, et al. Impact of race/ethnicity and socioeconomic status on adjuvant chemotherapy use among elderly patients with stage III colon cancer. *J Registry Manag* 2013;40:180-7.
72. Javanparast S, Ward P, Young G, et al. How equitable are colorectal cancer screening programs which include FOBTs? A review of qualitative and quantitative studies. *Prev Med*. 2010; 50:165-72.
73. Fedewa SA, Cullati S, Bouchardy C, et al. Colorectal Cancer Screening in Switzerland: Cross-Sectional Trends (2007-2012) in Socioeconomic Disparities. *PLoS One*. 2015;10:e0131205.
74. Wools A, Dapper EA, de Leeuw JR. Colorectal cancer screening participation: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2016;26:158-68.
75. Buron A, Auge JM, Sala M, et al. Association between socioeconomic deprivation and colorectal cancer screening outcomes: Low uptake rates among the most and least deprived people. *PLoS One*. 2017;12:e0179864.

76. Hurtado JL, Bacigalupe A, Calvo M, et al. Social inequalities in a population based colorectal cancer screening programme in the Basque Country. *BMC Public Health*. 2015;15:1021.
77. von Euler-Chelpin M, Brasso K, Lynge E. Determinants of participation in colorectal cancer screening with faecal occult blood testing. *J Public Health (Oxf)*. 2010; 32:395-405.
78. Gimeno-García AZ. Factors influencing colorectal cancer screening participation. *Gastroenterol Res Pract*. 2012;2012:483417.
79. Burón A, Grau J, Andreu M, et al. Colorectal Cancer Early Screening Program of Barcelona, Spain: Indicators of the first round of a program with participation of community pharmacies. *Med Clin (Barc)*. 2015;145:141-6.
80. Wardle J, Miles A, Atkin W. Gender difference in utilization of colorectal cancer screening. *J Med Screen*. 2005;12:20-27.
81. Brawarsky P, Brooks DR, Mucci LA. Correlates of colorectal cancer testing in Massachusetts men and women. *Prev Med*. 2003;36:659-68.
82. Meissner HI, Breen N, Klabunde CN, et al. Patterns of colorectal cancer screening uptake among men and women in the United States. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2006;15:389-94.
83. Shapiro JA, KlabundeCN, ThompsonTD, et al. Patterns of colorectal cancer test use, including CT colonography, in the 2010 National Health Interview Survey. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2012;21:895-904.
84. Segman N, Senore C, Andreoni B, et al. Randomized trial of different screening strategies for colorectal cancer: patient response and detection rates. *J Natl Cancer Inst*. 2005;97:328-9.
85. Cole S, Smith A, Wilson C. An advance notification letter increases participation in colorectal cancer screening. *J Med Screen*. 2007;14:73-5.

86. Cole SR, Young GP, Byrne D, et al. Participation in screening for colorectal cancer based on a faecal occult blood test is improved by endorsement by the primary care practitioner. *J Med Screen*. 2002;9:147-52.
87. Courtier R, Casamitjana M, Macià F, et al. Participation in a colorectal cancer screening programme: influence of the method of contacting the target population. *Eur J Cancer Prev*. 2002;11:209-13.
88. Vanaclocha-Espi M, Ibáñez J, Molina-Barceló A. Factors influencing participation in colorectal cancer screening programs in Spain. *Prev Med*. 2017;105:190-196.
89. Janz NK, Wren PA, Schottenfeld D, et al. Colorectal cancer screening attitudes and behavior: a population-based study. *Prev Med*. 2003;37:627-34.
90. van Rijn AF, van Rossum LG, Deutekom M, et al. Low priority main reason not to participate in a colorectal cancer screening program with a faecal occult blood test. *J Public Health (Oxf)*. 2008;30:461-5.
91. Chapple A, Ziebland S, Hewitson P, et al. What affects the uptake of screening for bowel cancer using a faecal occult blood test (FOBT): a qualitative study. *Soc Sci Med*. 2008;66:2425-35.
92. Berkowitz Z, Hawkins NA, Peipins LA, et al. Beliefs, risk perceptions, and gaps in knowledge as barriers to colorectal cancer screening in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2008;56:307-14.
93. Bradley DT, Treanor C, McMullan C, et al. Reasons for non-participation in the Northern Ireland Bowel Cancer Screening Programme: a qualitative study. *BMJ Open*. 2015;5:e008266.
94. Palmer CK, Thomas MC, von Wagner C, et al. Reasons for non-uptake and subsequent participation in the NHS Bowel Cancer Screening Programme: a qualitative study. *Br J Cancer*. 2014;110:1705-11.

95. Messina C, Lane D, Grimson R. Colorectal cancer screening attitudes and practices preferences of decision making. *Am J Prev Med.* 2005;28:439-46.
96. Palmer RC, Midgette LA, Dankwa I. Colorectal cancer screening and African Americans: findings from a qualitative study. *Cancer Control.* 2008;15:72-9.
97. Jepson RG, Hewison J, Thompson A, et al. Patient perspectives on information and choice in cancer screening: a qualitative study in the UK. *Soc Sci Med.* 2007 ;65:890-9.
98. Smith SK, Trevena L, Simpson JM, et al. A decision aid to support informed choices about bowel cancer screening among adults with low education: randomised controlled trial. *BMJ.* 2010;341:c5370.
99. Jepson RG, Forbes CA, Sowden AJ, et al. Increasing informed uptake and non-uptake of screening: evidence from a systematic review. *Health Expect* 2001;4:116-26.
100. Gigerenzer G, Mata J, Frank R. Public knowledge of benefits of breast and prostate cancer screening in Europe. *J Natl Cancer Inst.* 2009;101:1216-20.
101. Oldach BR, Katz ML. Health literacy and cancer screening: a systematic review. *Patient Educ Couns.* 2014;94:149-57.
102. Davis TC, Williams MV, Marin E, et al. Health literacy and cancer communication. *CA Cancer J Clin.* 2002;52:134-49.
103. von Wagner C, Semmler C, Good A, Wardle J. Health literacy and self-efficacy for participating in colorectal cancer screening: The role of information processing. *Patient Educ Couns.* 2009;75:352-7.
104. Nielsen-Bohlman L, Panzer AM, Kindig DA, editores. *Health Literacy: A Prescription to End Confusion.* Washington (DC): National Academies Press (US). Institute of Medicine (US) Committee on Health Literacy; 2004.

105. Martin-Moreno JM, Anttila A, von Karsa L, et al. Cancer screening and health system resilience: keys to protecting and bolstering preventive services during a financial crisis. *Eur J Cancer*. 2012;48:2212-8.
106. Molina-Barceló A, Peiró-Pérez R, Vanaclocha M, et al. Informed participation in the Valencian Community Colorectal Cancer Screening Programme from a gender perspective. *Gac Sanit*. 2018;32:72-76.
107. Le Retraite L, Eisinger F, Loundou A, et al. Sociogeographical factors associated with participation in colorectal cancer screening. *Gastroenterol Clin Biol*. 2010;34:534-40.
108. Steele RJ, Kostourou I, McClements P, et al. Effect of gender, age and deprivation on key performance indicators in a FOBT-based colorectal screening programme. *J Med Screen*. 2010;17:68-74.
109. Mansouri D, McMillan DC, Grant Y, et al. The impact of age, sex and socioeconomic deprivation on outcomes in a colorectal cancer screening programme. *PLoS One*. 2013;8:e66063.
110. von Wagner C, Baio G, Raine R, et al. Inequalities in participation in an organized national colorectal cancer screening programme: results from the first 2.6 million invitations in England. *Int J Epidemiol*. 2011;40:712-8.
111. Clarke N, Sharp L, Osborne A, et al. Comparison of uptake of colorectal cancer screening based on fecal immunochemical testing (FIT) in males and females: a systematic review and meta-analysis. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2015;24:39-47.
112. Molina-Barceló A, Salas Trejo D, Peiró-Pérez R, et al. To participate or not? Giving voice to gender and socio-economic differences in colorectal cancer screening programmes. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2011;20:669-78.

113. Wirth MD, Brandt HM, Dolinger H, et al. Examining connections between screening for breast, cervical and prostate cancer and colorectal cancer screening. *Colorectal Cancer*. 2014;3:253-263.
114. Lemon S, Zapka J, Puleo E, et al. Colorectal cancer screening participation: comparisons with mammography and prostate-specific antigen screening. *Am J Public Health*. 2001;91:1264-72.
115. Castells X, Sala M, Ascunce N, et al, coordinadores. Descripción del cribado del cáncer en España. Proyecto DESCRIC. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Catalunya; 2007. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, AATRM núm. 2006/01.
116. Salas Trejo D, Portillo Villares I, Espinàs Piñol JA, et al. Implementation of colorectal cancer screening in Spain: main results 2006-2011. *Eur J Cancer Prev*. 2017;26:17-26.
117. Hanske J, Meyer CP, Sammon JD, et al. The influence of marital status on the use of breast, cervical, and colorectal cancer screening. *Prev Med*. 2016;89:140-145.
118. van Jaarsveld CH, Miles A, Edwards R, et al. Marriage and cancer prevention: does marital status and inviting both spouses together influence colorectal cancer screening participation? *J Med Screen*. 2006;13:172-6.
119. Molina-Barceló A, Salas-Trejo D, Peiró-Pérez R, et al. Reasons for participating in the Valencian Community Colorectal Cancer Screening Programme by gender, age, and social class. *Rev Esp Enferm Dig*. 2014;106:439-47.
120. Vives-Cases C, Eriksson M, Goicolea I, et al. Gender and health inequalities: intersections with other relevant axes of oppression. *Glob Health Action*. 2015; 8:30292.

121. Springer KW, Hankivsky O, Bates LM. Gender and health: relational, intersectional, and biosocial approaches. *Soc Sci Med.* 2012;74:1661-6.
122. Courtenay WH. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med.* 2000;50:1385-401.
123. Christy SM, Mosher CE, Rawl SM. Integrating men's health and masculinity theories to explain colorectal cancer screening behavior. *Am J Mens Health.* 2014;8:54-65.
124. Solmi F, Von Wagner C, Kobayashi LC, et al. Decomposing socio-economic inequality in colorectal cancer screening uptake in England. *Soc Sci Med.* 2015;134:76-86.
125. Frederiksen BL, Jørgensen T, Brasso K, et al. Socioeconomic position and participation in colorectal cancer screening. *Br J Cancer.* 2010;103:1496-501.
126. Alcaraz M, Lluch A, Miranda J, et al. [Study of non-participation in the breast cancer screening program in the city of Valencia (Spain)]. *Gac Sanit.* 2002;16:230-5.
127. Palència L, Espelt A, Rodríguez-Sanz M, et al. Socio-economic inequalities in breast and cervical cancer screening practices in Europe: influence of the type of screening program. *Int J Epidemiol.* 2010;39:757-65.
128. Ortega y Gasset J. Ideas y creencias. Madrid: Alianza Editorial; 2005. 200 p.
129. Honein-AbouHaidar GN, Kastner M, Vuong V, et al. Systematic Review and Meta-study Synthesis of Qualitative Studies Evaluating Facilitators and Barriers to Participation in Colorectal Cancer Screening. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2016;25:907-17.
130. van Dam L, Korfage IJ, Kuipers EJ, et al. What influences the decision to participate in colorectal cancer screening with faecal occult blood testing and sigmoidoscopy? *Eur J Cancer.* 2013;49:2321-30.

131. Tastan S, Andsoy II, Iyigun E. Evaluation of the knowledge, behavior and health beliefs of individuals over 50 regarding colorectal cancer screening. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2013;14:5157-63.
132. Ward PR, Javanparast S, Wilson C. Equity of colorectal cancer screening: which groups have inequitable participation and what can we do about it? *Aust J Prim Health.* 2011;17:334-46.
133. García M, Borràs JM, Milà N, et al. Factors associated with initial participation in a population-based screening for colorectal cancer in Catalonia, Spain: a mixed-methods study. *Prev Med.* 2011;52:265-7.
134. Senore C, Inadomi J, Segnan N, et al. Optimising colorectal cancer screening acceptance: a review. *Gut.* 2015;64:1158-77.
135. Senore C, Armaroli P, Silvani M, et al. Comparing different strategies for colorectal cancer screening in Italy: predictors of patients' participation. *Am J Gastroenterol.* 2010;105:188-98.
136. Milà N, García M, Binefa G, et al. [Adherence to a population-based colorectal cancer screening program in Catalonia (Spain),2000-2008]. *Gac Sanit.* 2012; 26:217-22.
137. Gimeno-García AZ, Quintero E, Nicolás-Pérez D, et al. Public awareness of colorectal cancer and screening in a Spanish population. *Public Health.* 2011;125:609-15.
138. Biesecker BB, Schwartz MD, Marteau TM. Enhancing informed choice to undergo health screening: a systematic review. *Am J Health Behav.* 2013;37:351-9.
139. Edwards AG, Naik G, Ahmed H, et al. Personalised risk communication for informed decision making about taking screening tests. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;CD001865.

140. Trikalinos TA, Wieland LS, Adam GP, et al. Decision Aids for Cancer Screening and Treatment [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2014. [consultado en 14/09/2018]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK269405/>
141. van Agt HM, Korfage IJ, Essink-Bot ML. Interventions to enhance informed choices among invitees of screening programmes-a systematic review. *Eur J Public Health*. 2014;24:789-801.
142. van der Heide I, Uiters E, Jantine Schuit A, et al. Health literacy and informed decision making regarding colorectal cancer screening: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2015;25:575-82.
143. McCaffery K, Wardle J, Waller J. Knowledge, attitudes, and behavioral intentions in relation to the early detection of colorectal cancer in the United Kingdom. *Prev Med*. 2003; 36:525-35.
144. Kobayashi LC, Wardle J, von Wagner C. Limited health literacy is a barrier to colorectal cancer screening in England: evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *Prev Med*. 2014;61:100-5.
145. Shim JK. Cultural health capital: A theoretical approach to understanding health care interactions and the dynamics of unequal treatment. *J Health Soc Behav*. 2010;51:1-15.
146. Abel T. Cultural capital and social inequality in health. *J Epidemiol Community Health*. 2008;62:e13.
147. Ramos M, Llagostera M, Esteva M, et al. Knowledge and attitudes of primary healthcare patients regarding population-based screening for colorectal cancer. *BMC Cancer*. 2011;11:408.

148. Wardle J, Mc Caffery K, Nadel M, et al. Socioeconomic differences in cancer screening participation: comparing cognitive and psychosocial explanation. *Soc Sci Med.* 2004;59:249-261.
149. Power E, Simon A, Juszczak D, et al. Assessing awareness of colorectal cancer symptoms: measure development and results from a population survey in the UK. *BMC Cancer.* 2011;11:366.
150. Dumenci L, Matsuyama R, Riddle DL, et al. Measurement of cancer health literacy and identification of patients with limited cancer health literacy. *J Health Commun.* 2014;19:205-24.
151. Makoul G, Cameron KA, Baker DW, et al. A multimedia patient education program on colorectal cancer screening increases knowledge and willingness to consider screening among Hispanic/Latino patients. *Patient Educ Couns.* 2009; 76:220-6.
152. van Rijn AF, van Rossum LG, Deutekom M, et al. Getting adequate information across to colorectal cancer screening subjects can be difficult. *J Med Screen.* 2008;15:149-52.
153. Neuhauser L, Kreps GL. Online cancer communication: meeting the literacy, cultural and linguistic needs of diverse audiences. *Patient Educ Couns.* 2008; 71:365-77.
154. Morris NS, Field TS, Wagner JL, et al. The association between health literacy and cancer-related attitudes, behaviors, and knowledge. *J Health Commun.* 2013;18:223-41.
155. Bacallao J. Enfoques modernos del sesgo y la causalidad en la investigación epidemiológica. *Rev Cubana Salud Pública.* 2012;38:686-701.
156. Materola C, Otzen T. Los Sesgos en Investigación Clínica. *Int. J. Morphol.* 2015; 33:1156-1164.

157. Coq D, Asián R. Estudio de la “deseabilidad social” en una investigación mediante encuestas a empresarios andaluces. *Metodología de Encuestas*, 2002;4:211-225.
158. Robb KA, Solarin I, Power E, et al. Attitudes to colorectal cancer screening among ethnic minority groups in the UK. *BMC Public Health*. 2008;8:34.
159. Woudstra AJ, Dekker E, Essink-Bot ML, et al. Knowledge, attitudes and beliefs regarding colorectal cancer screening among ethnic minority groups in the Netherlands - a qualitative study. *Health Expect*. 2016;19:1312-1323.
160. Aviñó D, López M, Peiró-Pérez R, et al. Creencias y actitudes sobre cáncer y barreras percibidas para su prevención en población magrebí. Madrid: XXI Reunión Científica de la Sociedad Española de Epidemiología; 2011.
161. Santiago-Portero MC, Gómez-García JM, Reig-Gómez H, et al. [Knowledge, beliefs and attitudes of the Roma population regarding colorectal cancer screening]. *Gac Sanit*. 2018;32:11-17.
162. Tudor J. The inverse care law. *Lancet*. 1971;i:405-412.
163. Senore C, Ederle A, DePretis G, et al. Invitation strategies for colorectal cancer screening programmes: The impact of an advance notification letter. *Prev Med*. 2015;73:106-11.
164. Wardle J, von Wagner C, Kralj-Hans I, et al. Effects of evidence-based strategies to reduce the socioeconomic gradient of uptake in the English NHS Bowel Cancer Screening Programme (ASCEND): four cluster-randomised controlled trials. *Lancet*. 2016;387:751-9.
165. Frohlich KL, Potvin L. Transcending the known in public health practice: the inequality paradox: the population approach and vulnerable populations. *Am J Public Health*. 2008;98:216-21.

166. Paskett ED, Harrop JP, Wells KJ. Patient navigation: an update on the state of the science. *CA Cancer J Clin.* 2011;61:237-49.
167. Gilbert JE, Green E, Lankshear S, et al. Nurses as patient navigators in cancer diagnosis: review, consultation and model design. *Eur J Cancer Care (Engl).* 2011;20:228-36.
168. Lasser KE, Murillo J, Lisboa S, et al. Colorectal cancer screening among ethnically diverse, low-income patients: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med.* 2011;171:906-12.
169. Jandorf L, Gutierrez Y, Lopez J, et al. Use of a patient navigator to increase colorectal cancer screening in an urban neighborhood health clinic. *J Urban Health.* 2005;82:216-24.
170. Guillaume E, Dejardin O, Bouvier V, et al. Patient navigation to reduce social inequalities in colorectal cancer screening participation: A cluster randomized controlled trial. *Prev Med.* 2017;103:76-83.
171. Marmot M. Fair Society, Healthy Lives: The Marmot Review. London: Strategic Review of Health Inequalities in England post-2010; 2010.
172. Molina-Barceló A, Moreno J, Peiró-Pérez R, et al. Análisis del cribado del cáncer en España desde una perspectiva de equidad. Valencia: Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana; 2016.
173. Kirkegaard P, Mortensen GL, Mortensen SL, et al. Making decisions about colorectal cancer screening. A qualitative study among citizens with lower educational attainment. *Eur J Public Health.* 2016;26:176-81.
174. Smith SG, Wardle J, Atkin W, et al. Reducing the socioeconomic gradient in uptake of the NHS bowel cancer screening Programme using a simplified

- supplementary information leaflet: a cluster-randomised trial. *BMC Cancer*. 2017;17:543.
175. McGregor LM, von Wagner C, Atkin W, et al. Reducing the Social Gradient in Uptake of the NHS Colorectal Cancer Screening Programme Using a Narrative-Based Information Leaflet: A Cluster-Randomised Trial. *Gastroenterol Res Pract*. 2016;2016:3670150.
176. Damery S, Clifford S, Wilson S. Colorectal cancer screening using the faecal occult blood test (FOBT): a survey of GP attitudes and practices in the UK. *BMC Fam Pract*. 2010;11:20.
177. Ramos M, Esteva M, Almeda J, et al. Knowledge and attitudes of primary health care physicians and nurses with regard to population screening for colorectal cancer in Balearic Islands and Barcelona. *BMC Cancer*. 2010;10:500.
178. Klabunde CN, Lanier D, Breslau ES, et al. Improving colorectal cancer screening in primary care practice: innovative strategies and future directions. *J Gen Intern Med*. 2007;22:1195-205.
179. Raine R, Duffy SW, Wardle J, et al. Impact of general practice endorsement on the social gradient in uptake in bowel cancer screening. *Br J Cancer*. 2016;114:321-6.
180. Segura JM, Castells X, Casamitjana M, et al. A randomized controlled trial comparing three invitation strategies in a breast cancer screening program. *Prev Med*. 2001;33:325-32.
181. Arcas MM, Buron A, Ramis O, et al. Can a mobile phone short message increase participation in breast cancer screening programmes?. *Rev Calid Asist*. 2014;29:188-96.

182. Vidal C, Garcia M, Benito L, et al. Use of text-message reminders to improve participation in a population-based breast cancer screening program. *J Med Syst.* 2014;38:118.
183. Uy C, Lopez J, Trinh-Shevrin C, et al. Text Messaging Interventions on Cancer Screening Rates: A Systematic Review. *J Med Internet Res.* 2017;19:e296.
184. Bravo P, Edwards A, Barr PJ, et al. Conceptualising patient empowerment: a mixed methods study. *BMC Health Serv Res.* 2015;15:252.
185. Jovell, A.J. The XXI century patient. *An. Sist. Sanit. Navar.* 2006; 29:85-90.
186. Aviñó D, Paredes-Carbonell JJ, Peiró-Pérez R, et al. RIU project: perceived changes by health agents and professionals after a health intervention in an urban area of socioeconomic disadvantage. *Aten Primaria.* 2014;46:531-40.
187. Ajuntament d'Alzira. Proyecto "acercando la prevención del cáncer a la población más vulnerable de Algemés". Memoria de actividad. Ajuntament d'Alzira; 2018.
188. Escribà-Agüir V, Rodríguez-Gómez M, Ruiz-Pérez I. Effectiveness of patient-targeted interventions to promote cancer screening among ethnic minorities: A systematic review. *Cancer Epidemiol.* 2016;44:22-39.
189. World Health Organization. Health in all policies. Helsinki Statement. Framework for Country Action. Geneva: World Health Organization; 2014. 21 p.
190. Suárez Álvarez Ó, Fernández-Feito A, Vallina Crespo H, et al. Tools to assess the impact on health of public health programmes and community interventions from an equity perspective. *Gac Sanit.* 2018. pii: S0213-9111(18)30071-2.

191. Organización Mundial de la Salud. Política de la OMS en materia de género. Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS. Organización Mundial de la Salud; 2002.
192. Peiró R, Ramón N, Alvarez-Dardet C, et al. Gender sensitivity in the formulation of Spanish health plans: what it could have been but wasn't. *Gac Sanit.* 2004;18:36-46.
193. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública. Generalitat Valenciana. IV Plan de Salut de la Comunitat Valenciana 2016-2020. Generalitat Valenciana; 2016.
194. Conselleria de Sanitat. Generalitat Valenciana. Plan oncológico de la Comunitat Valenciana 2011-2014. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat; 2011.
195. Díez E, Peiró R. Intervenciones para disminuir las desigualdades en salud. *Gac Sanit* 2004;18:158-67
196. PI12/00944: Factores que influyen en los indicadores de beneficios y efectos adversos en los programas de cribado de cáncer colorrectal. Investigadora principal: Dolores Salas. Entidad financiadora: Instituto de Salud Carlos III. Duración: 2013-2015. Importe: 88.209€.
197. PI15/02108: Evaluación de los cánceres de intervalo como indicadores de sensibilidad y especificidad en varios programas de detección precoz del cáncer colorrectal de España. Investigadora principal: Dolores Salas. Entidad financiadora: Instituto de Salud Carlos III. Duración: 2016-2018. Importe: 75.020€.
198. Garí A. En femenino y en masculino. *Hablamos de Salud.* Serie Lenguaje nº 5. Madrid: Instituto de la Mujer. Ministerio de la Mujer y Asuntos Sociales; 2006.
199. Peiró R, Molina-Barceló A, De Lorenzo F, et al. Policy Paper on Tackling Social Inequalities in Cancer Prevention and Control for the European Population. En: Federichi A, Nicoletti G, Van den Bulcke M. *Cancer Control Joint Action Policy*

- Papers. Belgium: National Institute of Public Health (Slovenia) and Scientific Institute of Public Health (Belgium); 2017.
200. Molina A, Moreno J, Porcar P, et al. Mapping social inequalities in participation in European cancer screening programmes. Valencia: Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana; 2013.
201. Binefa G, García M, Peiró R, et al. How to assess and reduce social inequalities in cancer screening programmes. *Gac Sanit.* 2016;30:232-4.
202. PI18/01669: Análisis de las desigualdades en el cribado del cáncer colorrectal a partir de la elaboración un índice de nivel socioeconómico individual. Co-Investigadoras principales: Ana Molina y Dolores Salas. Entidad financiadora: Instituto Salud Carlos III. Duración: 2019-2021. Importe: 32.670€
203. PINT-17-014-iPAAC: Innovative Partnership for Action Against Cancer (iPAAC). Co-Investigadoras Principales: Ana Molina y Dolores Salas. Entidad Financiadora: European Commission. DG SANTE-Directorate General for Health and Food Safety. Health Programme. Duración: 2018-2021. Importe: 60.000€

9. ANEXOS

9.1. Anexo 1. Molina-Barceló A, Salas D, Peiró-Pérez R, Málaga A. To participate or not? Giving voice to gender and socio-economic differences in colorectal cancer screening programmes. *Eur J Cancer Care (Eng)*. 2011;20:669-78.

To participate or not? Giving voice to gender and socio-economic differences in colorectal cancer screening programmes

A. MOLINA-BARCELÓ, BA, *Centro Superior de Investigación en Salud Pública, Valencia, Spain*, D. SALAS TREJO, MD, MPH, *Centro Superior de Investigación en Salud Pública, Valencia, Spain*, R. PEIRÓ-PÉREZ, MPH, *Centro Superior de Investigación en Salud Pública, Valencia, Spain, and CIBER Epidemiología y Salud Pública, CIBERESP, Valencia, Spain*, & A. MÁLAGA LÓPEZ, PHD, *Centro Superior de Investigación en Salud Pública, Valencia, Spain*

MOLINA-BARCELÓ A., SALAS TREJO D., PEIRÓ-PÉREZ R. & MÁLAGA LÓPEZ A. (2011) *European Journal of Cancer Care*

To participate or not? Giving voice to gender and socio-economic differences in colorectal cancer screening programmes

This paper examines the influence of gender and socio-economic status (SES) on participation in colorectal cancer (CRC) screening. Qualitative study with eight focus groups comprised of participants and non-participants in a CRC screening programme in Valencia (Spain), structural sample design and discursive analysis by gender, SES and participation. Non-participants and those with lower SES tended to have less knowledge about both the disease and the programme. Reasons for participation varied according to gender: women were motivated because they value the importance of self-care and early detection in order to prevent personal and family suffering while men were encouraged by their partners. Reasons for non-participation were also influenced by gender: women feared the results and considered the test unpleasant whereas men showed carelessness and lack of concern. In population-based programmes, people with lower SES and men are those with the most obstacles to participation due to low health literacy and traditional gender roles respectively. To increase participation in CRC screening programmes based on informed decision making and taking into account social inequalities, information should be more accessible, comprehensible and adapted to gender and SES differences and emphasise the greater vulnerability of men for CRC and the benefits of early detection.

Keywords: Spain, participation, colorectal cancer screening, social determinants of health, qualitative research.

INTRODUCTION

Colorectal cancer (CRC) is one of the most common tumours in the population and the third leading cause of

cancer death among both women and men in developed countries (Ferlay *et al.* 2010). In December 2003, the Council of the European Union (EU) recommended the implementation of population-based screening programmes for CRC using the faecal occult blood test (FOBT) every 2 years in men and women between the ages of 50 and 74 YEARS (Council Recommendation 2003). Decreases in mortality rates for cancer in the population as a whole depend largely on the percentage of participation in such screening programmes (Parkin *et al.* 2008). While the European Commission considers 45% an acceptable participation rate, it actually recommends a participation rate of

Correspondence address: Ana Molina-Barceló, Centro Superior de Investigación en Salud Pública, Avda Cataluña 21, 46020 Valencia, Spain (e-mail: molina_anabar@gva.es).

Funding source: This study was funded by Dirección General de Salud Pública, Valencia (Spain).

Accepted 31 May 2011

DOI: 10.1111/j.1365-2354.2011.01263.x

European Journal of Cancer Care, 2011

65–70% (von Karsa *et al.* 2010). Most European programmes achieve this accepted minimum, but in no case do they reach the recommended rates (Zorzi *et al.* 2006; Weller *et al.* 2007; Goulard *et al.* 2008; Ascunce *et al.* 2010). An additional recommendation is that participation be based on informed decision making (von Karsa *et al.* 2010).

Some researchers have found that information about the screening process and recommendations provided by the family doctor encourage participation (Messina *et al.* 2005; Palmer *et al.* 2008), as does having family members or friends affected by the disease (Messina *et al.* 2005). Other studies have found that such information has little effect on the actual decision to participate, but may affect the satisfaction and anxiety associated with the process (Jepson *et al.* 2007).

While some studies have analysed the reasons both for and against participating (Berkowitz *et al.* 2008; Chapple *et al.* 2008), most have focused solely on the latter. The reasons most often cited by non-participants are that they did not receive the invitation letter, the absence of symptoms, the discomfort of the test, not wanting to know their health problems, anxiety about the results, giving the test a low priority, being too busy with family responsibilities and scheduling incompatibilities (Hynam *et al.* 1995; van Rijn *et al.* 2008; Barroso *et al.* 2009).

Most studies in this field do not take the impact of social determinants of health into account; those that do are quantitative studies focusing on populational differences in participation rates by gender and socio-economic status (SES) (Javanparast *et al.* 2010). Such studies show that people with lower SES exhibit less interest and participate less in CRC screening programmes (Neilson & Whynes 1995; Courtier 2001; O'Malley *et al.* 2005). The relationship between participation and gender, however, differs by screening method and by country (Herbert *et al.* 1997; Brawarsky *et al.* 2003; Wardle *et al.* 2005; Friedemann-Sanchez *et al.* 2007; von Euler-Chelpin *et al.* 2009). While these studies indicate the existence of social inequalities in cancer screening, they do not delve into the causes of these inequalities (Weissman & Schneider 2005).

Our main objective was to examine the factors influencing participation and non-participation in a CRC screening programme, analysing the differences by gender and SES to gain a deeper understanding of the social determinants of health. We wanted to explore: (1) the level of knowledge about both the disease and the programme and its effect on participation; (2) the beliefs about the disease and the programme and their influence on the decision to participate or not; and (3) the discourse surrounding the reasons to participate or not in the programme.

METHODS

Study design and setting

We conducted a qualitative study using focus groups (FG) comprised of men and women between the ages of 50 and 69 years who had been invited to participate in the first round (January 2006 to June 2008) of the CRC screening programme of the Autonomous Region of Valencia, Spain (Málaga *et al.* 2010). This is a free, public, population-based screening programme carried by FOBT, based on the guaiac resin, and performs the diagnostic confirmation by colonoscopy. The target population is men and women between the ages of 50 and 69 years and the test is repeated every 2 years. The call to participate in the programme is through an invitation letter; those who agree to participate receive the material for the sample collection at their homes. The participants must then deliver the samples to their primary health care centres.

We included both those who had participated in the programme and those who had not, excluding those who had been diagnosed with CRC or polyps, those being monitored by the Programme of Genetic Counselling for Cancer and medical staff members of the cancer screening programme.

Sample design

The structural sample design sought to identify oppositions in social discourse (Ibañez 1979) through heterogeneity among groups (Valles 1999) by defining structural axes (Krueger 1991). The design was based on three dimensions: gender (men and women), participation in the programme (participants and non-participants) and SES (manual and non-manual). This was done to test whether there were differences either in the level of knowledge or in the beliefs and attitudes about the disease and the programme among the categories of these dimensions. Such differences could result in barriers and/or opportunities for participation.

Socio-economic status classification took into account the subjects' educational level (cannot read or write, primary education, high school, university) and their occupation at the time of the study; for unemployed or retired subjects, the last occupation was used. For subjects living with a partner, regardless of marital status, the educational level and occupation of the partner was also taken into account in order to classify the SES as the highest category of both, integrating the contribution of the concept of dominant social class (Borrell *et al.* 2004) while also facilitating the classification of women who had never worked outside the home and minimising

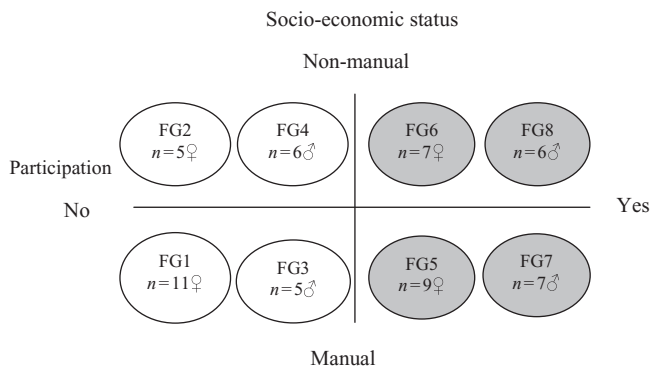


Figure 1. Distribution of focus groups (FG) by gender (♀: female or ♂: male), socio-economic status (manual and non-manual) and participation in the programme (yes or no).

gender bias. Finally, subjects were divided among two socio-economic levels: non-manual (categories I, II, III of the abridged classification of the Spanish Society of Epidemiology) and manual (categories IVa, IVb and V) (Álvarez-Dardet *et al.* 1995), in order to allow us to capture the ideological representations and values dominant in certain social classes (Ortí 1989).

Recruitment

Participants were recruited via three strategies: through primary care physicians, through social networks using the snowball technique (Faugier & Sargeant 1997) and through telephone calls to the target population using the database of the screening programme. To further encourage participation, subjects were told they would receive a gift as thanks for their collaboration.

Data collection

The study was carried out in the city of Valencia (Spain) between March and April 2009. Eight focus groups were formed in all, with each discussion session lasting approximately 60 to 90 min. The distribution of each group by sex, SES and participation is shown in Figure 1. The sessions were taped with the consent of the participants and later transcribed verbatim. Participants were asked their opinions on CRC to investigate their level of knowledge about the disease, its perceived severity and their susceptibility to it. They were also asked for their opinion on the programme to find out how much they knew about it, the perceived benefits of participating in the programme and the potential obstacles to and/or opportunities for participation. They read the invitation letter individually and were asked their opinion on it. The

Table 1. Characteristics of the sample population

Characteristics	<i>n</i>
Age (years)	
50–59	24
60–69	32
Sex	
Women	32
Men	24
Socio-economic status	
Manual	32
Non-manual	24
Participation in the programme	
Participants	29
Non-participants	27

subjects were also asked about their main reasons for either participating in the programme or not.

Data analysis

We performed a discursive analysis (Conde 2009), i.e. a structural analysis of the recorded speeches, which permitted not only the description of the data arranged into categories and subcategories, but also the interpretation of this information based on theoretical models. The analysis process was as follows: an initial reading of the transcripts of each focus group was made to conduct a first categorisation, grouping discourses that shared the same idea to identify themes from the data. In each focus group, the discourses were differentiated between shared discourses, i.e. those in which consensus was reached, and individual discourses. We then proceeded to organise data into analytical categories and continued with the process of category reduction. We obtained the first findings and then were compared between each of the focus groups by sex, SES and participation in the programme. Finally, we made an interpretation of the results both within the context of previously published results from related studies as well as within the framework of the theoretical Health Belief Model and Social Determinants of Health.

The results are presented according to the objectives proposed in our study and include the most representative quotes that support the results identified by the number of the focus group.

RESULTS

Sample description

A total of 56 people participated in the study. The sample characteristics are listed in Table 1, which shows the rep-

Table 2. Level of knowledge about the disease and the programme by participation and socio-economic status

Type of knowledge	Socio-economic status			
	Participants		Non-participants	
	Non-manual	Manual	Non-manual	Manual
About the disease				
General knowledge	Medium	Medium	Medium–low	Low
Risk factors	Medium	Medium	Medium–low	Medium–low
Symptoms	Low	Low	Low	Low
About the programme				
General knowledge	High	High	Low	Low
Organisational aspects	High	High	Low	Very low

resentation by age, sex, SES and participation in the CRC screening programme.

Level of knowledge about the disease and the programme

Differences were observed between participants and non-participants by SES, but not by gender (see Table 2).

The level of general knowledge about the disease and its risk factors was lower in non-participants than in participants. The non-participants acknowledged that they knew little, especially those of lower SES, who claimed to know nothing:

FG3: – I [don't know] anything. I'm completely dis-oriented. – I'm also totally clueless.

In relation to the symptoms of the disease, both participants and non-participants said they did not have enough information to identify them:

FG5: Besides the faecal blood, I don't know any other symptoms . . . of this . . . so maybe we don't know enough. . . .

With regard to knowledge about the programme, the level was high among participants, presumably due to their participation, while the non-participants expressed having little knowledge about it:

FG1: – . . . do you know about the colorectal cancer screening programme? – No. – No, nothing.

A lack of knowledge about the type of screening test was observed among the non-participants, most of whom believed it involved a colonoscopy:

FG2: Because the test . . . what is it? . . . I thought it was a colonoscopy directly.

Misconceptions were identified in the interpretation of the information contained in the invitation letter about the procedure for collecting and delivering samples in

Table 3. Beliefs about the disease and the programme according to Health Belief Model by participants and non-participants

Type of perception	Participants	Non-participants
Severity of the disease	Yes	Yes
Vulnerability of the disease	Doubts	Doubts
Benefits to participation	Yes	No
Obstacles to participation	No	Yes

groups with lower SES. They thought the medical practitioner would come to their homes to perform the test:

FG3: The letter informs me that if I agree they will come to my house and I'll be tested.

They also expressed the belief that once collected, the samples could be sent by mail:

FG1: The letter I received said I had to collect the sample, put it in the letter and then send it by mail.

Beliefs about the disease and programme

We identified no significant differences in beliefs about the disease and the programme by gender or SES; however, there were differences between participants and non-participants, as shown in Table 3. No differences in the perception of the severity of the disease were observed, as both participants and non-participants regarded CRC as a serious illness. However, both groups acknowledged that they did not fully understand their vulnerability to the disease and expressed the feeling that there was a lack of reliable information on the risk factors of CRC:

FG8: Because we haven't even got a minimum amount of information about the risk or the symptoms . . . we're a bit up in the air.

Both men and women reported feeling more vulnerable to other cancers: women felt more vulnerable to breast cancer and men to prostate cancer:

FG1: – Well . . . that colon cancer, for me, is less widespread than any other, right? – But it is more danger-

Table 4. Reasons for participation and non-participation in the programme by shared, gender and individual discourses

Type of reasons	Shared discourses	Gender discourses		Individual discourses
		Female	Male	
For participation	Perception of the importance of early detection.	To avoid personal and family suffering. Valued the importance of self-care and caring for others.	Influence of women's behaviour.	Simple nature of the test. Possible symptoms.
For non-participation	Lack of information. Absence of awareness campaigns. Absence of symptoms. Not worried about the possibility of cancer. Other disease. Other medical treatment.	Embarrassment. Fear of being diagnosed.	Carelessness. Lack of concern. Not in the habit of going to doctor. Low vulnerability. Fear of diagnostic test.	Low priority of health care (immigrant population). Preferred a quick death. Did not receive the invitation letter.

ous than breast cancer . . . so they say. – More dangerous . . . but breast cancer is much more widespread.

FG4: We're talking about one [cancer] that could be . . . because the most common one in men is prostate [cancer], rather than colon [cancer], I suppose.

The differences between participants and non-participants were primarily in the perception of the benefits of and/or obstacles to participation. The participants recognised the potential benefits of early detection:

FG5: – [They] say that if detection is early, it can save your life in 90% [of the cases]. – Yes, I agree.

They often reported examples of family members and friends whose cancer had been detected early through the programme:

FG6: In the family . . . I have a very close case . . . it was detected through this test, so the surgery was okay and he didn't need treatment.

They also acknowledged having had a positive experience with the programme, highlighting the speed with which the test results were received and the good attention received when they needed help:

FG5: – And they answer immediately with the result, they don't leave you wondering. – And the phone . . . it is very accessible too, because I had to call because I had a small doubt . . . and the person who talked to me . . . was a nice person.

The non-participants did not recognise the benefits of participating in the programme because they felt that the best way to detect cancer is through self-knowledge of the body and the symptoms:

FG4: The truth is that the best doctor is what everyone feels in his own body. And if I'm wrong then I'll worry about it.

They also called for greater access to information and criticised the invitation letter, remarking that it should include web addresses for more information:

FG4: I would also suggest . . . in all the documents there are internet addresses, and here [in the invitation letter of the programme] I don't see any.

Reasons for participation and non-participation in the programme

With regard to the reasons that led subjects to decide to participate or not, we found differences between participants and non-participants by gender, but not by SES (Table 4).

Reasons for participation

The discourse of the participants uniformly showed that it was the importance of early detection which led them to decide to participate:

FG6: I just think that it is better to know things soon . . . and if a simple surgery solves the problem, that's better than when you go and you have metastasis because you don't want to know before.

In relation to gender differences, women admitted that their participation was out of fear of developing the disease because they wanted to avoid personal and family suffering:

FG6: I have no fear of death, I am afraid of pain, suffering, and causing suffering to those around me.

They identified themselves as being responsible for the care of the family and admitted that their participation in the programme was because they value the importance of self-care and caring for others:

FG6: – . . . traditionally . . . health has always been in the hands of women, the mother . . . The woman is the family doctor . . . who reads the thermometer, who controls the fever . . . and when the letter arrives, you have to do it, so she does it.

Many women said that they had helped their husbands carry out the test:

FG5: – If my husband doesn't get how to do it, I am able to do it for him. – I do it for him. – Of course. – I got the dates [for the test] for my husband. – As long as they do it, whatever.

The men in the study sample acknowledged their dependence on women, recognising that they decided to participate only if their wives/partners were also involved:

FG8: If she says, 'Ah, I'm not going to do it', I say, 'Ah, neither am I', but if she says, 'I'm going to do it', I say, 'Ah, me too'.

They also felt that the fact that the women had participated in other programmes, such as breast cancer screening, helped in their decision to participate in the CRC screening:

FG7: They are more accustomed . . . breast cancer, cervix cancer . . . – Because women are more involved in everything.

Apart from gender roles, other personal reasons were given. Some commented on the simple nature of the test:

FG7: Because they sent it [the test] to me at home and I found it easy, so I said, 'Ah, then I will do it'.

However, others admitted that they participated because they had self-identified some possible symptoms such as pain and swelling of the gut:

FG5: Because I had a swollen belly.

Reasons for non-participation

As the main reason not to participate, identified in the shared discourses was the lack of information:

FG1: I believe there is a general ignorance. It is faecal blood and eating healthy, but . . . I really think that there is not enough information at the grassroots level.

They cited the absence of awareness campaigns:

FG2: About these letters, there is no advertising, no posters anywhere.

Other reasons mentioned were the absence of symptoms, not wanting to worry about the possibility of cancer or being in the process of another medical treatment:

FG1: I understand, but I think I don't need to do it [the test] now because, thank God, at this moment I have no symptoms.

FG4: I repeat: if I am worrying whether or not I have [cancer], I'll stop living the life I have to live something else. That something [cancer], if it comes, it comes. Fortunately, I'm in good health.

FG3: Because I have been operated on, but I'm in medical follow-up . . . So, I said, 'Well, I'm not going to do it [the test] . . . and when it [the medical follow-up] ends I will do it [the test]'.

Again, there were gender differences in the discourse. Women admitted being embarrassed about the screening test, although they acknowledged that with other 'embarrassing' screening tests (e.g. pap smears) they had lost their shame over time:

FG2: – I think what happens is that it is something intimate and embarrassing. – Ashamed. – More intimate than a pap smear or a mammography? – I was embarrassed when I started getting pap smears . . . until I lost the shame.

Furthermore, they acknowledged not wanting to participate for fear of being diagnosed with cancer:

FG1: – I was afraid, for fear of . . . I threw it away, of course. – Me, too. – Yes, that's the truth. – Me too, I was afraid, nothing else.

Men, on the other hand, said they chose not to participate due to carelessness, lack of concern and because they were not in the habit of going to the doctor:

FG4: We men are unconcerned in this matter. It seems we don't like going to the doctor [for him to] analyse us.

They affirmed a belief in their low vulnerability to the disease:

FG3: . . . [other men] will say like I do . . . 'This [the cancer] is going to affect me? It's going to affect the neighbour'; it's not going to happen to me.

They also cited a fear of diagnostic tests:

FG4: For example, if they had to do a colonoscopy on me, I wouldn't.

Apart from gender differences, we identified other reasons for not participating in the individual discourses. One subject recognised that among the immigrant population (e.g. Colombians who migrate with a work project), work is given a higher priority than health concerns:

FG1: I'm from Colombia . . . Here we are more dedicated to working and we have no time for anything . . . I have been living in Spain for ten years and have not gone to any doctor or any check up of anything. I'm reluctant.

Another man said he preferred a quick death without having to deal with hospitals and physicians:

FG4: I prefer a quick death than passing through 40 000 hands. I'm sure.

Finally, one man asserted that he had not received the invitation letter:

FG3: No, no, no, I did not receive [the letter].

DISCUSSION

This study shows that people with lower SES have less knowledge about the screening programme and the disease and often have difficulty understanding written information, which hinders participation. The results also indicate that women assume the role of caregivers and are concerned about their health and that of their family, which enhances their participation, while men tend not to assume this role and are more neglectful of their health, thus accounting for their non-participation. In summary, people with lower SES and men have the most obstacles to participation.

Our results are in agreement with quantitative studies which suggest that subjects with a lower SES have less knowledge about CRC and perceive more obstacles to participating in screening programmes than those with a higher SES (Wardle *et al.* 2004). In our study, the obstacles we identified in relation to understanding the information contained in the invitation letter in groups with lower SES are related to low health literacy, as has been observed in other studies (Mancuso 2010). Such limitations with regard to health literacy are associated with a negative attitude towards CRC screening (Davis *et al.* 2001; von Wagner *et al.* 2009), which, in turn, reduces the likelihood of participating (McCaffery *et al.* 2003). Since this circumstance affects mostly people with a lower SES, it perpetuates and perhaps even foments inequality in cancer

diagnosis and treatment. Due to the difficulties observed, it is highly recommendable that written information be provided in a simple and understandable form, following the recommendations of the EU about the quality of information (von Karsa *et al.* 2010), as one way to reduce health inequalities.

We have also identified differences between participants and non-participants with regard to their beliefs about the disease and the programme as well as their reasons for participating or not. We observed that a strict reading of the postulates of the Health Belief Model does not fully explain participation in CRC screening programmes (Chapple *et al.* 2008). This model has recently been re-evaluated and criticised for overemphasising cognitive variables regardless of social and individual circumstances, offering only a modest predictive ability (Moreno & Gil 2003). Despite its limitations, however, the model has been useful in our work for recognising the importance of the perception of benefits in enhancing participation as well as the influence of perceiving obstacles in non-participation. Taking this into account, obstacles to participation should be lowered by improving the information made available to the target population about both the disease and the screening programme. More emphasis should be placed on highlighting the benefits of early detection and maintaining the quality of care of the programme both to enhance the perception of opportunities for participation as well as to improve adhesion.

With regard to the reasons for non-participation, our results are consistent with those of many other studies and highlight the lack of information and awareness (Jepson *et al.* 2007), the absence of symptoms, not wanting to know, fear about the results, the presence of other diseases and not receiving the invitation letter (van Rijn *et al.* 2008; Barroso *et al.* 2009) as the main reasons for not participating. Like ours, several studies (Berkowitz *et al.* 2008; Chapple *et al.* 2008) have analysed the reasons for participation and non-participation together in order to obtain a more complete understanding of the factors that determine participation, but our study goes even further by providing information on how gender influences this decision.

Although gender roles are changing in the developed countries with the incorporation of women into the work force, women still hold traditional roles, taking on both productive and reproductive roles. From what the women in our study said, they tend to assume the role of caregiver because they feel more concerned about their health and the health of their families than men do. This may influence the greater predisposition of women to participate in cancer screening programmes. In general, women have a

tendency to participate more than men in CRC screening programmes in Europe and Australia, where the most commonly used screening test is the FOBT (Herbert *et al.* 1997; Vernon 1997; von Euler-Chelpin *et al.* 2009; Javanparast *et al.* 2010). Despite the fact that the only screening test currently recommended by the EU is the FOBT, several European countries use sigmoidoscopy as well; in these countries, women tend to participate less than men (Wardle *et al.* 2005). In the USA, the American Cancer Society recommends many different screening tests (FOBT, sigmoidoscopy, colonoscopy and barium enema), with women generally participating at a lower rate than men in such programmes (Brawarsky *et al.* 2003). These differences may be due, in part, to the fact that cancer screening in the USA is predominately opportunistic and the health insurance system is private. It has been shown that people with private insurance are more likely to participate in such programmes than those who are uninsured (Matthews *et al.* 2005). Since people with lower SES have fewer resources, they tend to have less insurance and to be less involved. Moreover, due to the feminisation of poverty, a greater proportion of women have a lower SES, which probably influences their lower participation rate. In population-based screening programmes such as that included in our study, barriers to female participation in CRC screening are greatly reduced. Moreover, the female participation rate in European breast cancer screening is generally high (Bastos *et al.* 2010), and it has been shown that this experience is linked to a greater willingness on the part of women to participate in CRC screening (Lemon *et al.* 2001).

The discourse of the men in our study indicated that they are more careless with their health and are reluctant to seek medical attention, which influences their low motivation to participate in CRC screening programmes. Studies show that men adopt less healthy behaviours than women (Patrick *et al.* 1997); this behaviour has been linked with a desire to prove their manhood and masculinity and as a means to maintain the power of their male status (Courtenay 2000). In our study, we found that the

men were actually dependent on women for making decisions concerning both participation and non-participation. Ironically, then, gender inequalities in the context of population-based CRC screening programmes put men in a more vulnerable situation because they are less motivated and participate less than women, even though they have a higher incidence of and mortality rate from CRC. This inequality could actually end up having an impact on women's health since they will probably assume the role of caregiver to men who, because they did not participate in the screening programme, are diagnosed with the cancer in its more advanced stages. This circumstance could be especially harmful to those women who combine work and family responsibilities (Artazcoz *et al.* 2001).

In summary, to increase participation in CRC screening programmes based on informed decision making and taking into account social inequalities, information about both the disease and the programme should be more accessible, comprehensible and adapted to gender and SES differences. It should also emphasise the greater vulnerability of men to the disease and the benefits of early detection.

CONCLUSIONS

Our results shed light on the obstacles to and opportunities for participation in CRC screening in relation to both social determinants and organisational aspects of the programmes, leaving out individual responsibilities and seeking co-responsibility. Our findings indicate that cancer screening programmes could help reduce the difficulties related to accessing and understanding pertinent information among individuals with low SES by assessing and designing the written informational materials with the participation of the target population, taking into account both gender and SES. Still, this will not be enough to avoid social inequalities in cancer screening participation without the inclusion of the social determinant perspective in the design of public health policies as well as in research on CRC screening programmes.

REFERENCES

- Álvarez-Dardet C., Alonso J., Domingo A. & Regidor E. (1995) *La Medición de la Clase Social en Ciencias de la Salud. Informe de un Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología [Measuring Social Class in Health Sciences. Report of a Working Group of the Spanish Society of Epidemiology]*. SG Editores S.A., Barcelona, Spain.
- Artazcoz L., Borrell C., Rohlfis I., Beni C., Moncada A. & Benach J. (2001) Household, gender and health in the working population. *Gaceta Sanitaria* **15**, 150–153.
- Ascunce N., Salas D., Zubizarreta R., Almazan R., Ibanez J. & Ederra M. (2010) Cancer screening in Spain. *Annals of Oncology* **21** (Suppl. 3), iii43–iii51.
- Barroso P., Ruiz I., de Rojas F.P., Parron T. & Corpas E. (2009) Factors related to non-participation in a breast cancer early detection program. *Gaceta Sanitaria* **23**, 44–48.
- Bastos J., Peleteiro B., Gouveia J., Coleman M. & Lunet N. (2010) The state of the art of cancer control in 30 European countries in 2008. *International Journal of Cancer* **126**, 2700–2715.
- Berkowitz Z., Hawkins N.A., Peipins L.A., White M.C. & Nadel M.R. (2008) Beliefs, risk perceptions, and gaps in knowledge

- as barriers to colorectal cancer screening in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society* **56**, 307–314.
- Borrell C., Rohlf I., Artazcoz L. & Mun-taner C. (2004) Inequalities in health related to social class in women. What is the effect of the measure used? *Gaceta Sanitaria* **18** (Suppl. 2), 75–82.
- Brawarsky P., Brooks D.R. & Mucci L.A. (2003) Correlates of colorectal cancer testing in Massachusetts men and women. *Preventive Medicine* **36**, 659–668.
- Chapple A., Ziebland S., Hewitson P. & McPherson A. (2008) What affects the uptake of screening for bowel cancer using a faecal occult blood test (FOBT): a qualitative study. *Social Science and Medicine* **66**, 2425–2435.
- Conde F. (2009) *Análisis Sociológico del Sistema de Discursos [Sociological Analysis of the Discourse System]*. Centro de Investigaciones Sociológicas, Madrid, Spain.
- Council Recommendation (2003) Council Recommendation (2003/878/EC) of 2 December 2003 on cancer screening. Official Journal of the European Union: 16/12/2003.
- Courtenay W.H. (2000) Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science and Medicine* **50**, 1385–1401.
- Courtier R. (2001) *Análisis de la participación y cumplimiento de la prueba de cribado en un programa de detección precoz de la neoplasia colorrectal. Influencia de la forma de contacto con la población diana [Analysis of participation and compliance with the screening test in a screening program for colorectal neoplasia. Influence of form of contact with the target population]*. Thesis ISBN: 84-699-8103-X. Universidad Autónoma de Barcelona.
- Davis T.C., Dolan N.C., Ferreira M.R., Tomori C., Green K.W. & Sipler A.M. (2001) The role of inadequate health literacy skills in colorectal cancer screening. *Cancer Investigation* **19**, 193–200.
- von Euler-Chelpin M., Brasso K. & Lynge E. (2009) Determinants of participation in colorectal cancer screening with faecal occult blood testing. *Journal of Public Health* **32**, 395–405. doi: 10.1093/pubmed/fdp115.
- Faugier J. & Sargeant M. (1997) Sampling hard to reach populations. *Journal of Advanced Nursing* **26**, 790–797.
- Ferlay J., Shin H.R., Bray F., Forman D., Mathers C. & Parkin D.M. (2010) *GLOBAL CAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 10* (Internet). International Agency for Research on Cancer, Lyon, France. Available at: <http://globocan.iarc.fr> (accessed 29 June 2011).
- Friedemann-Sanchez G., Griffin J.M. & Partin M.R. (2007) Gender differences in colorectal cancer screening barriers and information needs. *Health Expectations* **10**, 148–160.
- Goulard H., Boussac-Zarebska M., Ancelle-Park R. & Bloch J. (2008) French colorectal cancer screening pilot programme: results of the first round. *Journal of Medical Screening* **15**, 143–148.
- Herbert C., Launoy G. & Gignoux M. (1997) Factors affecting compliance with colorectal cancer screening in France: differences between intention to participate and actual participation. *European Journal of Cancer Prevention* **6**, 44–52.
- Hynam K.A., Hart A.R., Gay S.P., Inglis A., Wicks A.C. & Mayberry J.F. (1995) Screening for colorectal cancer: reasons for refusal of faecal occult blood testing in a general practice in England. *Journal of Epidemiology and Community Health* **49**, 84–86.
- Ibañez J. (1979) *Más Allá de la Sociología. El Grupo de Discusión: Técnica y Crítica [Beyond Sociology. The Discussion Group: Technique and Critique]*. Siglo XXI, Madrid, Spain.
- Javanparast S., Ward P., Young G., Wilson C., Carter S., Misan G., Cole S., Jiwa M., Tsourtos G., Martini A., Gill T., Baratinny G. & Matt M.A. (2010) How equitable are colorectal cancer screening programs which include FOBTs? A review of qualitative and quantitative studies. *Preventive Medicine* **50**, 165–172.
- Jepson R.G., Hewison J., Thompson A. & Weller D. (2007) Patient perspectives on information and choice in cancer screening: a qualitative study in the UK. *Social Science and Medicine* **65**, 890–899.
- von Karsa L., Patnick J. & Segnan N. (2010) Executive summary. In: *European Commission. European Guidelines for Quality Assurance in Colorectal Cancer Screening and Diagnosis*, 1st edn (eds Segnan N., Patnick J. & von Karsa L.). Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- Krueger R. (1991) *El Grupo de Discusión. Guía Práctica Para la Investigación Aplicada [The Discussion Group. Practical Guide for Applied Research]*. Pirámide, Madrid, Spain.
- Lemon S., Zapka J., Puleo E., Luckmann R. & Chasan-Taber L. (2001) Colorectal cancer screening participation: comparisons with mammography and prostate-specific antigen screening. *American Journal of Public Health* **91**, 1264–1272.
- Málaga A., Salas D., Sala T., Ponce M., Goicoechea M., Andrés M., Llorens C. & González I. (2010) Programa de cribado de cáncer colorrectal de la Comunidad Valenciana. Resultados de la primera ronda: 2005–2008 [Colorectal cancer screening program of the Autonomous Region of Valencia. Results of the first round: 2005–2008]. *Revista Española de Salud Pública* **84**, 729–741.
- Mancuso J.M. (2010) Impact of health literacy and patient trust on glycemic control in an urban USA population. *Nursing and Health Sciences* **12**, 94–104. doi: 10.1111/j.1442-2018.2009.00506.x.
- Matthews B.A., Anderson R.C. & Nattinger A.B. (2005) Colorectal cancer screening behavior and health insurance status (United States). *Cancer Causes and Control: CCC* **16**, 735–742. doi: 10.1007/s10552-005-1228-z.
- McCaffery K., Wardle J. & Waller J. (2003) Knowledge, attitudes, and behavioral intentions in relation to the early detection of colorectal cancer in the United Kingdom. *Preventive Medicine* **36**, 525–535.
- Messina C.R., Lane D.S. & Grimson R. (2005) Colorectal cancer screening attitudes and practices. Preferences for decision making. *American Journal of Preventive Medicine* **28**, 439–446.
- Moreno E. & Gil J. (2003) El modelo de creencias en salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. 1: hacia un análisis funcional de las creencias en salud [The health belief model: a conceptual review, critique and alternative proposal consideration. 1: towards a functional analysis of health beliefs]. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* **1**, 91–109.
- Neilson A.R. & Whyne D.K. (1995) Determinants of persistent compliance with screening for colorectal cancer. *Social Science and Medicine* **41**, 365–374.
- O'Malley A.S., Forrest C.B., Feng S. & Mandelblatt J. (2005) Disparities despite coverage: gaps in colorectal cancer screening among Medicare beneficiaries. *Archives of Internal Medicine* **165**, 2129–2135.
- Ortí A. (1989) La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta y la discusión de grupo [The opening and qualitative or structural approach: open interviews and group discussion]. In: *El Análisis de la Realidad Social. Métodos y Técnicas de la Investigación Social [The Analysis of Social Reality. Methods and Techniques of Social Research]* (eds García Ferrando M., Ibañez J. & Alvira F.), pp. 219–282. Alianza, Madrid, Spain.
- Palmer R.C., Midgette L.A. & Dankwa I. (2008) Colorectal cancer screening and African Americans: findings from a qualitative study. *Cancer Control* **15**, 72–79.

- Parkin D.M., Tappenden P., Olsen A.H., Patnick J. & Sasieni P. (2008) Predicting the impact of the screening programme for colorectal cancer in the UK. *Journal of Medical Screening* **15**, 163–174.
- Patrick K., Covin J.R., Fulop M., Calfas K. & Lovato C. (1997) Health risk behaviors among California college students. *Journal of American College Health* **45**, 265–272.
- van Rijn A.F., van Rossum L.G., Deutekom M., Laheij R.J., Fockens P. & Bossuyt P.M. (2008) Low priority main reason not to participate in a colorectal cancer screening program with a faecal occult blood test. *Journal of Public Health (Oxford, England)* **30**, 461–465.
- Valles M. (1999) *Técnicas Cualitativas de Investigación. Reflexión Metodológica y Práctica Profesional [Qualitative Research Techniques. Methodological Reflection and Professional Practice]*. Síntesis, S.A., Madrid, Spain.
- Vernon S. (1997) Participation in colorectal cancer screening: a review. *Journal of the National Cancer Institute* **89**, 1407–1422.
- von Wagner C., Semmler C., Good A. & Wardle J. (2009) Health literacy and self-efficacy for participating in colorectal cancer screening: the role of information processing. *Patient Education and Counseling* **75**, 352–357.
- Wardle J., McCaffery K., Nadel M. & Atkin W. (2004) Socioeconomic differences in cancer screening participation: comparing cognitive and psychosocial explanations. *Social Science and Medicine* **59**, 249–261.
- Wardle J., Miles A. & Atkin W. (2005) Gender differences in utilization of colorectal cancer screening. *Journal of Medical Screening* **12**, 20–27.
- Weissman J.S. & Schneider E.C. (2005) Social disparities in cancer: lessons from a multidisciplinary workshop. *Cancer Causes and Control: CCC* **16**, 71–74.
- Weller D., Coleman D., Robertson R., Butler P., Melia J. & Campbell C. (2007) The UK colorectal cancer screening pilot: results of the second round of screening in England. *British Journal of Cancer* **97**, 1601–1605.
- Zorzi M., Grazzini G., Senore C. & Vettorazzi M. (2006) Screening for colorectal cancer in Italy: 2004 survey. *Epidemiologia e Prevenzione* **30**, 41–50.

9.2. Anexo 2. Molina-Barceló A, Salas-Trejo D, Peiró-Pérez R, Vanaclocha M, Pérez E, Castán S. Reasons for participating in the Valencian Community Colorectal Cancer Screening Programme by gender, age, and social class. *Rev Esp Enferm Dig.* 2014;106:439-47.

ORIGINAL PAPERS

Reasons for participating in the Valencian Community Colorectal Cancer Screening Programme by gender, age, and social class

Ana Molina-Barceló^{1,2}, Dolores Salas-Trejo^{1,3}, Rosana Peiró-Perez^{1,3,4}, Mercedes Vanaclocha¹, Elena Pérez^{1,3} and Susana Castán^{1,3}

¹Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana (FISABIO). Valencia, Spain. ²Universidad de Valencia. Valencia, Spain. ³Dirección General de Salud Pública (DGSP). Valencia, Spain. ⁴Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Madrid, Spain

ABSTRACT

Objective: To know the reasons to participate or not in a colorectal cancer (CCR) screening programme and to analyze the differences by sex, age and social class.

Methods: Cross-sectional study by a telephone survey directed to a sample of men and women aged between 50-74 year old, participants (n = 383) and non participants (n = 383) in the CCR screening programme of Valencian Community. Descriptive analysis and logistic regression models estimating the Odds Ratio ($p < 0.05$).

Results: The main reasons to participate are "it is important for health" (97.9 %) and "the test is easy" (97.6 %); and to non participate are "no CCR symptoms" (49.7 %) and "didn't receive invitation letter" (48.3 %). Women are more likely not to participate if the reason was to consider the "test unpleasant" (OR: 1.82; IC: 1.00-3.28), and men if the reason was "lack of time" (OR 0.51; IC: 0.27-0.97); persons 60 or more years old if the reason was "diagnostic fear" (OR: 2.31; IC: 1.11-4.80), and persons 50-59 years old if was "lack of time" (OR 0.44; IC: 0.23-0.85); non manual social class persons if the reason was "lack of time" (OR: 2.66; IC: 1.40-5.10); manual women if the reason was "embarrassment to perform the test" (OR: 0.37; IC: 0.14-0.97); and non manual men if was "lack of time" (OR: 4.78; IC: 1.96-11.66).

Conclusions: There are inequalities in the reasons for not participating in CCR screening programmes by sex, age and social class. It would be advisable to design actions that incorporate specific social group needs in order to reduce inequalities in participation.

Key words: Socioeconomic factors. Early detection of cancer. Colorectal neoplasm. Gender identity. Patient participation. Patient compliance.

INTRODUCTION

Social inequality in health refers to avoidable and unfair differences in health between socially, economically, demographically, or geographically defined population groups (1). In the case of cancer, social inequalities include inequalities in health along the continuum of the disease throughout the course of life, including issues of prevention, incidence, prevalence, detection and treatment, survival and mortality rates, and disease burden (2).

Screening programmes for colorectal cancer (CRC) are being progressively implemented in all the Autonomous Communities of Spain, following the Council Recommendations of the European Union (3). Reducing CRC mortality depends largely on the percentage of participation in these detection programmes (4), with a minimum participation of 45 % considered acceptable, although levels of 65-70 % are recommended (5). Ensuring equal access to these programmes is likewise considered to be a high priority (6) in order to help reduce social inequalities in cancer, and therefore in overall health.

The Valencian Community (VC) in Spain has implemented a Colorectal Cancer Screening Programme (CRC-SP) with a percentage of participation that does not reach that recommended by the European Commission and

Financing: This study has received a grant of 4,950 € from the Regional Health Authorities of the Valencian Community through the call for Grants for the "Fomento de la Investigación Sanitaria en la Comunitat Valenciana" (Ref. number: 053/2010).

Received: 31-03-2014
Accepted: 23-06-2014

Correspondence: Ana Molina Barceló. Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana (FISABIO). Avda. Cataluña, 21. 46020 Valencia, Spain
e-mail: molina_anabar@gva.es

Molina-Barceló A, Salas-Trejo D, Peiró-Perez R, Vanaclocha M, Pérez E, Castán S. Reasons for participating in the Valencian Community colorectal cancer screening programme by gender, age, and social class. *Rev Esp Enferm Dig* 2014;106:439-447.

which is higher for women than for men (7). To increase the participation rate and ensure equal access to this programme, it is necessary to understand the factors that influence these inequalities in participation.

In terms of a theoretical model dealing with the social determinants of health inequalities (8), most research on the factors influencing participation have focused on analysing the structural factors related to the known axes of inequality, namely gender, age, and social class (9,10). Other studies have analysed the intermediary factors related with the knowledge, beliefs, attitudes, and organizational characteristics of the programmes, as well as motives for participating (11-14). All these factors contribute to social inequalities with regard to participation in these programmes, usually placing groups in the less favoured social strata at a disadvantage (15).

Dealing with and influencing the social determinants of inequalities in cancer is complex and requires a multidisciplinary approach (16). Most published research has analysed structural factors and intermediary factors separately, neglecting the influence they can exert on each other. The objective of the present study is to see how structural factors (the inequalities axes of gender, age, and social class) influence intermediary factors (motivations to participate or not in the programmes). To this end, we sought to determine the reasons both for participation and non-participation in the CRCSP of the VC and to analyse the differences by gender, age, and social class. Our broader aim was to gain insight into the social inequalities with regard to participation in these programmes in order to design strategies to reduce barriers by incorporating the needs of various social groups.

MATERIALS AND METHODS

Study scope

The study was conducted within the context of the CRCSP of the VC, an organized programme (7) that began in 2005 which is gradually being implemented throughout the VC. It is aimed at asymptomatic men and women between 50 and 69 years of age; the screening test used is a biennial faecal occult blood test (FOBT). The process of inviting subjects to participate involves sending a letter to the home of each individual patient together with an information leaflet and an acceptance card. People who agree to participate must send the pre-stamped acceptance card by post in order to receive the materials and instructions necessary for collecting the stool sample at home. The stool sample must then be brought to the patient's Primary Care Center and deposited in the special collection boxes provided for that purpose (7). The population data used to generate the list of prospective subjects comes from the Population Information System (PIS) that includes all individuals registered as residents of VC.

Design

This was a cross-sectional study in which a telephone survey was conducted on a representative sample of the target population of the screening programme. The subjects had been invited to participate in the CRCSP between October, 2009, and September, 2010, in the health care areas of Castellón, Sagunto, Valencia, and Denia (Spain).

The study subjects were men and women between 50 and 74 years of age. The sample included participants in the programme, that is, those who carried out and delivered the FOBT, as well as non-participants. Those who had suffered CRC or any other type of cancer were excluded, as were those diagnosed with polyps and/or who were being monitored due to a family history of cancer.

Stratified random sampling through simple affixation was carried out according to programme participation (yes/no). The resulting sample size, assuming an alpha error of 5 %, an accuracy of 5 %, and a probability of 50 % for the different variables considered, totalled 766 subjects (383 participants and 383 non-participants). Within each stratum the sampling was performed via quotas depending on the population size of each health care area, sex, and age.

Study variables

An *ad hoc* questionnaire was designed by a group of experts using the results of a previous qualitative study conducted within the context of the programme (17) as well as other questionnaires found in the literature (18). The questionnaire was pre-tested on a sample of convenience in order to check the wording of the questions and the duration. A pilot test was also carried out with a sample group of study subjects (15 participants and 15 non-participants) to assess the feasibility of the questionnaire.

The questionnaire consists of a total of 23 questions related to socio-economic variables, knowledge and access to information about the disease and the programme, previous preventive practices, and reasons for participation or non-participation. The analysis presented in this article focuses specifically on the questions referring to the socio-economic variables of age, sex, and social class, as well as those questions pertaining to the reasons for participating or not in the programme (Fig. 1).

Age was categorized into two groups, 50 to 59 or 60 or older; sex, men or women; and social class, manual or non-manual, following the abbreviated classification system of the Spanish Society of Epidemiology (19) and integrating the concept of dominant social class (20). Variables related to the reasons for participation or non-participation in the programme were collected through closed multiple choice questions and were categorized as yes or no (exam-

PERSONAL INFORMATION

Interview number _____

Name: _____

Sex: Male ¹ Female ² Age: Participant in the Programme: Yes ¹ No ²

Telephone number: _____ Country of birth: _____

Town of residence: _____

Health care area: Sagunto ¹ Castellón ² Valencia La Fe ³ Denia ⁴

P5. Do you currently work?
 Yes (go to P6) ¹
 No (go to P5A) ² →
 No reply ⁹

5A. What is your current work status?
 Unemployed ¹
 Retired ²
 Homemaker ³
 Other _____ ⁴
 No reply ⁹

5B. Did you work previously?
 Yes ¹ (go to P6)
 No ² (go to P7)
 No reply ⁹

P6. What is your current job? (if you are not currently working, but have worked in the past) **What was your occupation when you were working?**
 (Literal) Occupation: _____

6A. What is your position or job title? (if you are not currently working, but have worked in the past) **What was your job title?**
 (Literal) Position/job title: _____

P7. (Only for subjects who are married or living with someone) What is YOUR PARTNER'S/SPOUSE'S current job, and if he/she is not currently working, what was his/her main job during his/her career?
 (Literal) Occupation: _____

7A. What was his/her position or job title?
 (Literal) Position/job title: _____

P20. (For participants only) According to our information, you PARTICIPATED in the CRC Screening Programme. I'm going to read to you a series of reasons and I'd like you to tell me if they influenced your decision to PARTICIPATE or not. You PARTICIPATED because... (Multiple responses)

	Yes	No	Don't know	No reply
a) ...a friend or relative recommended that you do the test?	1	2	8	9
b) ...you think that if CRC is detected in time, it can usually be cured?	1	2	8	9
c) ...you felt unwell and thought you might have some symptoms of the disease?	1	2	8	9
d) ...you thought the test was simple to perform?	1	2	8	9
e) ...your primary health care physician recommended that you do the test?	1	2	8	9
f) ...you wanted to rule out the possibility of having CRC?	1	2	8	9
g) ...you think it's important for your health?	1	2	8	9
h) ...you have a friend or relative who had CRC?	1	2	8	9
i) Any other reason?:	1	2	8	9

P21. (For non-participants only) According to our information, you DID NOT PARTICIPATE in the CRC Screening Programme. I'm going to read to you a series of reasons and I'd like you to tell me if they influenced your decision NOT TO PARTICIPATE or not. You DID NOT PARTICIPATE because... (Multiple responses)

	Yes	No	Don't know	No reply
a) ...you were afraid that you would be diagnosed with CRC?	1	2	8	9
b) ...the test seemed to be unpleasant to perform?	1	2	8	9
c) ...you did not want to undergo a colonoscopy?	1	2	8	9
d) ...you did not understand how the test was performed?	1	2	8	9
e) ...you did not have any symptoms and you did not feel ill?	1	2	8	9
f) ...you did not have time to perform the test?	1	2	8	9
g) ...you were embarrassed about performing the test?	1	2	8	9
h) ...you had already undergone previous tests for CRC?	1	2	8	9
i) ...you did not receive the invitation letter?	1	2	8	9
j) Any other reason?:	1	2	8	9

Fig. 1. Items on the questionnaire used in the analysis (items 1-4, 8-19, and 22-23 not shown).

ple: “Did you participate in the programme because you believe that it is important for your health?”). Questions about the reasons for participation were given only to those who had participated in the programme while questions on the motives for not participating were only given to non-participants.

Data were collected between January and February, 2011 (between 5 and 16 months after receiving the invitation to participate in the programme), and recorded in an Access database designed for this purpose. Each subject received a maximum of 3 calls made at different times. The interviews were conducted by trained interviewers. All participants in the study gave their informed consent orally. The study was approved by the Ethics Committee for Clinical Research of the General Directorate of Public Health of Valencian Community.

Statistical analysis

A descriptive analysis was performed using the frequencies and percentages of participants and non-participants in the programme in terms of their sex, age, and social class. Similarly, a descriptive analysis of the reasons for participation and non-participation in the programme was carried out.

To understand the relationship between the reasons for participation and non-participation and the variables of sex, age, and social class, we performed separate bivariate analyses of the reasons for participation and non-participation, calculating the chi-square values. Multiple logistic regression models for the dependent variables of sex, age, and social class were adjusted for the independent variables of the reasons for participation on the one hand, and on the other hand, the motives for not participating in the programme, which were found to have a significant association according to the results of the chi-square test. The model for social class was conducted both for the total sample as well as stratified by sex.

The results of the chi-square analyses are shown as p-values while those of the logistic regression models are given in terms of odds ratio (OR) and confidence interval (CI) at 95 %. The level of significance was taken to be 0.05. All analyses were carried out with the aid of the statistics program R.

RESULTS

A total of 785 questionnaires were sent out with a response rate of 59.61 % (Fig. 2).

Table I gives a description of the sample, from which it can be observed that the majority of participants in the programme were women (57.1 %), people aged 60 and over (58.4 %), and people belonging to the manual social class (51.1 %). On the other hand, non-participants in the

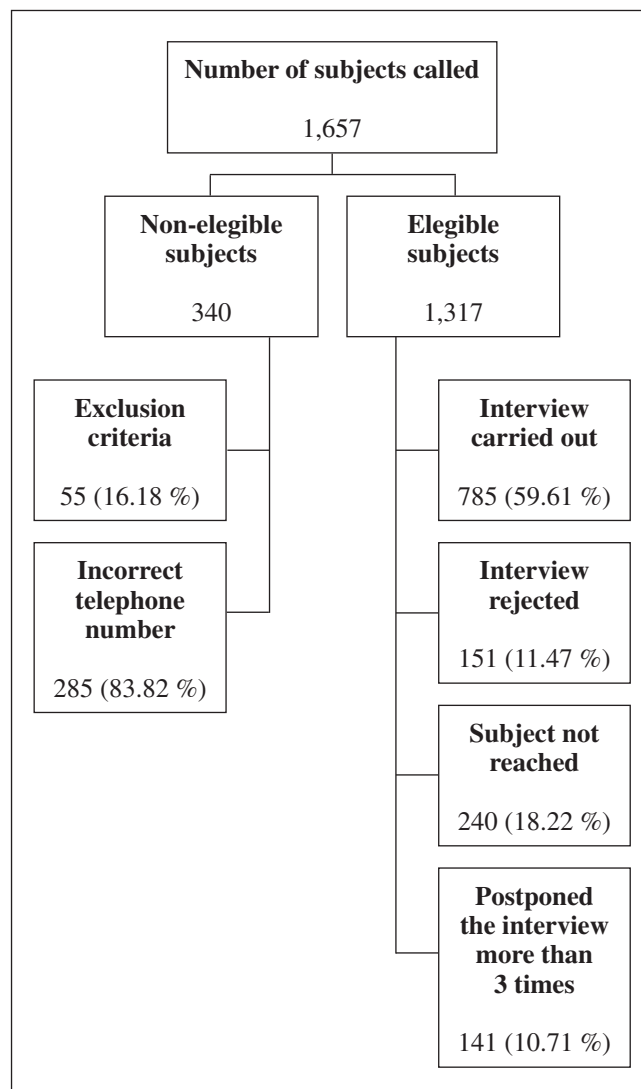


Fig. 2. Interview participation flowchart.

programme people were mostly men (51.6 %), between 50 and 59 years of age (50.70 %), also from the manual social class (51.1 %).

The main reasons for participating in the programme (Table II) were as follows: Consider that “the test is important for their health” (97.9 %), that “the test is simple to perform” (97.6 %), that “CRC can be cured if detected early” (93.6 %), and that they wanted “to rule out the possibility of CRC” (92.6 %). The main reasons for non-participation were the “absence of CRC symptoms” (49.7 %) and that they “did not receive the invitation letter” (48.3 %).

The analyses of the reasons for participation and non-participation by sex, age, and social class (Table II) showed that the motives for participating were not statistically significant different in terms of sex or social class, but that there were statistically significant differences between

Table I. Description of the sample by participants and non-participants

	Participants		Non-Participants		N	p
	n	%	n	%		
<i>Sex</i>						
Men	172	42.9	198	51.6	370	0.01*
Women	229	57.1	186	48.4	415	
n	401		384		785	
<i>Age</i>						
50-59	167	41.6	194	50.7	361	0.01*
60 and over	234	58.4	189	49.3	423	
n	401		383		784	
<i>Social class</i>						
Non-manual	180	48.9	153	48.9	333	0.99
Manual	188	51.1	160	51.1	348	
n	368		313		681	

*p < 0.05

the two age groups ($p < 0.05$), especially with regard to the motive of having a “primary care physician’s recommendation”. Regarding the reasons for non-participation, statistically significant differences ($p < 0.05$) were observed with regard to sex for the following reasons: “lack of time,” “unpleasant nature of the test,” “fear of a CRC diagnosis,” and “embarrassed about performing the test.” With regard to age the reasons that showed significant differences were “lack of time,” “unpleasant nature of the test,” “fear of a cancer diagnosis,” and “embarrassed about performing the test.” By social class the main differences were noted in the motive “lack of time.” The analysis of the reasons for non-participation of women and men in terms of social class (Table III) showed statistically significant differences ($p < 0.05$) for women for the reason “embarrassed about performing the test”; for men the differences were observed for the reason “lack of time.”

Since the only statistically significant differences found among participants in the programme were according to age, only one model for the age variable (adjusted for sex and social class) was performed. This model (data not shown in a table) it can be observed that when the reason for participating was “primary care physician’s recommendation” the participants were more likely to be 60 years of age or older (OR: 1.665, CI: 1.03-2.669).

For non-participants, multiple logistic regression models for sex, age, and social class (Fig. 3) were performed. Analysis of the relationship between sex and the reasons for non-participation (Fig. 3A) revealed that it was more likely for women not to participate due to their perception that “the test is unpleasant” (OR: 1.82, CI: 1.00-3.28), whereas men were more likely not to participate due to a “lack of time” (OR: 0.51, CI: 0.27-0.97). The analysis of

the relationship between age and the reasons for non-participation (Fig. 3B) showed that it was more likely for people aged 60 and older not to participate for “fear of a CRC diagnosis” (OR: 2.31, CI: 1.11-4.80) while people aged 50-59 tended not to be involved because of a “lack of time” (OR: 0.44, CI: 0.23-0.85). Finally, in the analysis of the relationship between social class and the reasons for non-participation (Fig. 3C), it can be observed that out of the total sample, people from the non-manual social class were more likely not to participate due to a “lack of time” (OR: 2.66, CI: 1.40-5.10); however, when stratified by sex, women from the manual social class were more likely not to participate on the grounds that they were “embarrassed about performing the test” (OR: 0.37, CI: 0.14-0.97) while men from the non-manual social class did not participate due to a “lack of time” (OR: 4.78, CI: 1.96-11.66).

DISCUSSION

This study shows that the reasons for participating in the CRCSP of the VC are broadly similar across the total population, with the main reasons for participation being that “it’s important for my health” and that “the test is simple to perform”. On the other hand, the reasons for non-participation vary by gender, age, and social class, with the majority of non-participants citing the “absence of CRC symptoms” and the fact that they “did not receive the invitation letter.”

Following the health beliefs model (21), the main reasons given by those who participated in the programme are related both to the perceived benefits of participation (“if detected early, CRC can be cured,” “to rule out the possibility of CRC,” and “it is important for my health”) as well as with a perceived lack of barriers with regard to the programme and the test (“the test is simple to perform”). These results coincide with those from previous studies (17,22) in which the beliefs and attitudes associated with participation are associated with greater perceived benefits from and lower perceived barriers to participation. Although generally no differences in motivations for participation were observed when stratified by sex or social class, differences were found with regard to age, with older people more likely than younger subjects to take part upon “primary care physician’s recommendation”. This may be because older people make more use of health services (23), which in turn would contribute to an increased frequency of recommendations to participate in such programmes by primary health care professionals (24).

Regarding the main reasons for non-participation and once again taking the health belief model into account, there was a perception among non-participants of a low vulnerability to CRC (“absence of CRC symptoms”). These results coincide with those from other studies (25) and show a lack of knowledge about one of the basic crite-

Table II. Reasons for participation or non-participation by sex, age, and social class

Reasons for participation	Total		Sex				p	Age				p	Social class				p
	Total sample		Men		Women			50-59		60 and over			Manual		Non-manual		
	n/N	%	n/N	%	n/N	%		n/N	%	n/N	%		n/N	%	n/N	%	
It is important for my health	368/376	97.9	154/158	97.5	214/218	98.2	0.73	154/156	98.7	214/220	97.3	0.48	167/170	98.2	169/174	97.1	0.72
The test is simple to perform	367/376	97.6	153/158	96.8	214/218	98.2	0.50	153/156	98.1	214/220	97.3	0.74	167/170	98.2	169/174	97.1	0.72
If detected early, CRC can be cured	348/376	92.6	149/158	94.3	199/218	91.3	0.32	144/156	92.3	204/220	92.7	1.00	162/170	95.3	157/174	90.2	0.10
To rule out the possibility of CRC	352/376	93.6	148/158	93.7	204/218	93.6	1.00	149/156	95.5	203/220	92.3	0.28	158/170	92.9	162/174	93.1	1.00
Primary care physician's recommendation	125/376	33.2	53/158	33.5	72/218	33	1.00	40/156	25.6	85/220	38.6	0.01*	60/170	35.3	54/174	31	0.42
One family member died from it	110/375	29.3	41/157	26.1	69/218	31.7	0.25	48/156	30.8	62/219	28.3	0.65	46/170	27.1	55/173	31.8	0.35
Family member's recommendation	59/375	15.7	21/158	13.3	38/217	17.5	0.32	22/156	14.1	37/219	16.9	0.57	27/169	16	28/174	16.1	1.00
I had symptoms of CRC	40/376	10.6	15/158	9.5	25/218	11.5	0.61	16/156	10.3	24/220	10.9	0.87	17/170	10	22/174	12.6	0.50
Reasons for non-participation	Total		Sex				p	Age				p	Social class				p
	Total sample		Men		Women			50-59		60 and over			Manual		Non-manual		
	n/N	%	n/N	%	n/N	%		n/N	%	n/N	%		n/N	%	n/N	%	
Absence of CRC symptoms	179/360	49.7	93/188	49.5	86/172	50	1.00	89/182	48.9	90/177	50.8	0.75	79/179	53	72	51.1	0.81
Did not receive the invitation letter	175/362	48.3	85/188	45.2	90/174	51.7	0.25	79/183	43.2	95/178	53.4	0.06	76/148	51.4	73	50.7	1.00
Lack of time	82/360	22.8	57/189	30.2	25/171	14.6	0.00*	57/182	31.3	25/177	14.1	0.00*	17/148	11.5	37	26.1	0.00*
Difficulty understanding the test	73/360	20.3	31/188	16.5	42/172	24.4	0.07	34/182	18.7	39/177	22	0.44	27/148	18.2	38	26.8	0.09
Fear of having a colonoscopy	70/359	19.5	25/188	13.3	45/171	26.3	0.00*	25/182	13.7	45/176	25.6	0.00*	34/148	23	30	21.3	0.78
Unpleasant nature of the test	71/359	19.8	32/188	17	39/171	22.8	0.19	29/182	15.9	42/176	23.9	0.07	34/148	23	33	23.4	1.00
Fear of a CRC diagnosis	53/359	14.8	23/188	12.2	30/171	17.5	0.18	16/182	8.8	37/176	21	0.00*	27/148	18.2	20	14.2	0.43
Underwent other previous CRC tests	45/359	12.5	17/189	9	28/170	16.5	0.04*	18/182	9.9	27/176	15.3	0.15	17/148	11.5	23	16.2	0.31
Embarrassed about performing the test	38/359	10.6	13/188	6.9	25/171	14.6	0.02*	12/182	6.6	26/176	14.8	0.02*	22/148	14.9	13	9.2	0.15

*p < 0.05. n represents the number of people who responded "yes" to each reason for participation and non-participation. N is the total number of people who responded to each of the reasons enumerated (the denominators are not the same in each case due to lost data).

ria for participation in the programme, namely, the absence of symptoms. In addition, our results identify a perceived barrier with regard to the organization of the programme: The invitation procedure ("did not receive the invitation letter"). This is one of the main reasons identified in other studies (26) and constitutes a key element for participation

(27). Even though the citing of this particular reason may be masking other motives the subjects did not want to mention, it would still be advisable to identify and reduce the source of possible errors in personal data extracted from the database population through the PIS system currently used by the CRCSP of the VC.

Table III. Reasons for non-participation for women and men by social class (SC)

Reasons for non-participation	Women					Men				
	Manual SC		SC		p	Manual SC		SC		p
	n/N	%	n/N	%		n/N	%	n/N	%	
Absence of CRC symptoms	43/80	53.8	39/77	50.6	0.70	36/69	52.2	33/64	51.6	0.94
Did not receive invitation letter	42/81	51.9	36/78	46.2	0.47	34/67	50.7	37/66	56.1	0.54
Lack of time	9/79	11.4	12/77	15.6	0.44	8/69	11.6	25/65	38.5	0.00*
Difficulty understanding the test	23/79	29.1	18/77	23.4	0.42	11/69	15.9	12/64	18.8	0.67
Fear of having a colonoscopy	18/79	22.8	18/77	23.4	0.93	16/69	23.2	15/64	23.4	0.97
Unpleasant nature of the test	17/79	21.5	7/77	9.1	0.03*	5/69	7.2	6/64	9.4	0.66
Fear of a CRC diagnosis	16/79	20.3	21/78	26.9	0.32	11/69	15.9	17/64	26.6	0.13
Underwent other previous CRC tests	16/79	20.3	11/77	14.3	0.32	11/69	15.9	9/64	14.1	0.76
Embarrassed about performing the test	12/79	15.2	15/77	19.5	0.48	5/69	7.2	8/65	12.3	0.32

*p < 0.05. n represents the number of people who responded "yes" to each of the reasons for not participating. N is the total number of people who responded to each of the reasons enumerated (the denominators are not the same in each case due to lost data).

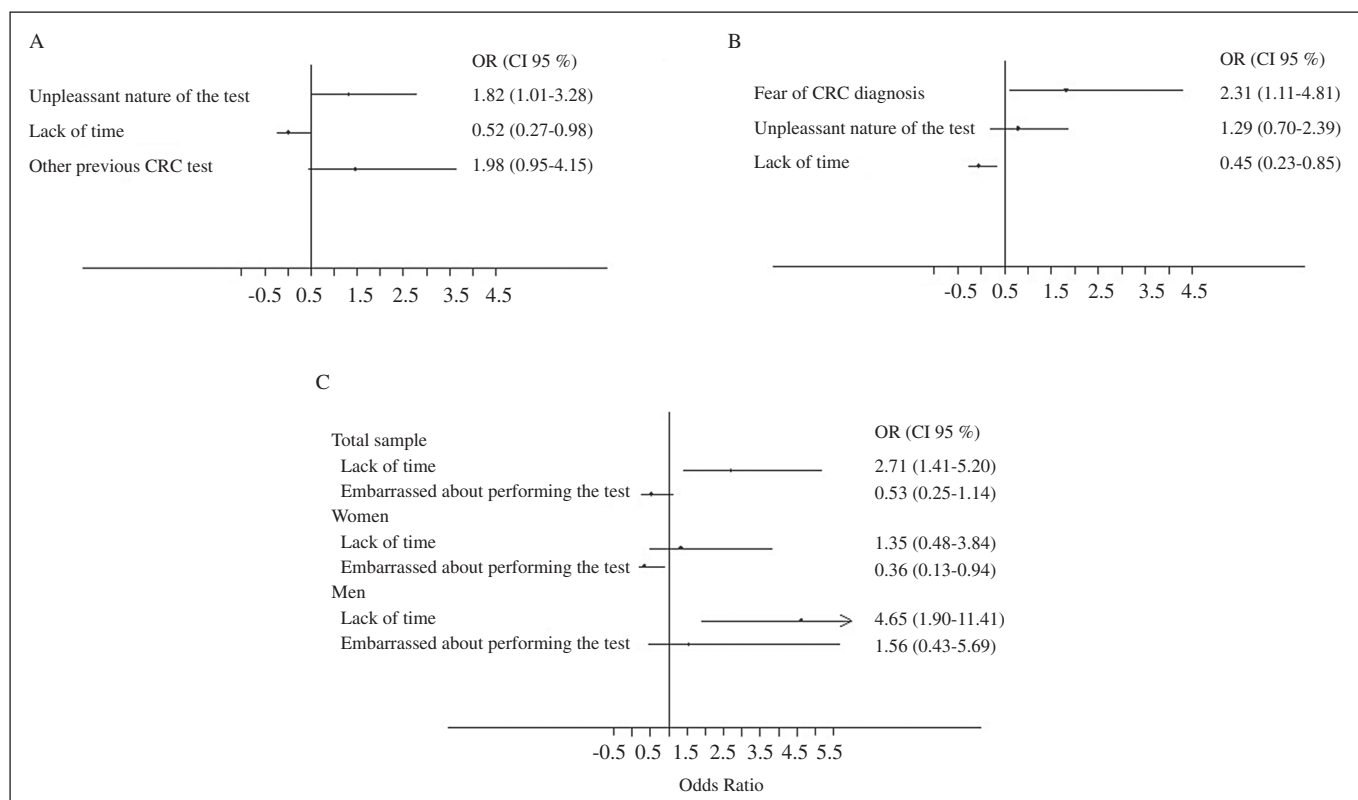


Fig. 3. Multivariable models of the reasons for non-participation according to sex, age, and social class. A. Multivariable model of the reasons for non-participation according to sex. The model was made for the variable of sex (reference: Male), adjusted for the reasons for non-participation, age, and social class. B. Multivariable model of the reasons for non-participation according to age. The model was made for the variable of age (reference: 50-59 years), adjusted for the reasons for non-participation, sex, and social class. C. Multivariable model of the reasons for non-participation according to social class. Three models were constructed for the variable of social class (reference: Manual social class): One for the total number of non-participants, adjusted for the reasons for non-participation, sex, and age; another for women, adjusted for the reasons for non-participation and age; and another for men, adjusted for the reasons for non-participation and age.

As this study was conducted in the first four health care areas to participate in the CRCSP and because this screening programme is still being progressively implemented, it would be advisable to extend this study to the new areas of implementation in order to analyze whether there are any geographical differences with regard to participation.

From the association found between being women and finding the test “unpleasant” as a reason for not participating in screening, coupled with the results of a study carried out in a similar context (17), it can be deduced that this may be related to a lack of information about the type of test used. The authors of the aforementioned study observed that there was a false belief that the screening programme consisted of a colonoscopy rather than a FOBT, which could condition how people viewed the test. Moreover, if looked at from a gender perspective, we could conclude that this reason may be related to the traditional stereotype of women purity (28), which makes women embarrassed and even ashamed about bodily functions such as defecation. This would, of course, add to the sense women have that the test is “unpleasant.” Our results show that this reason is cited more often by women from the manual social class, that is, women whose occupations correspond to a lower educational and socioeconomic level. This may play a role both in the lack of information about the type of test used in the screening programme as well as the greater influence of traditional gender stereotypes.

The association found between being men and citing a “lack of time” as a reason for not participating in the screening can also be interpreted from a gender perspective, namely from a model of a gendered division of labour market. This dichotomy defines “men’s work” as being “productive” whereas “women’s work” is “reproductive,” a division that assigns differentiated values and spaces to both (29). Health care issues have traditionally been associated with the reproductive sphere, to be assumed mostly by women (30). We can thus infer that this implicit assumption on the part of men—that they have a productive rather than a reproductive role—may contribute to the fact that men give less importance to their health care needs. This, in turn, leads to them devoting less time to healthy practices such as cancer screenings. This reason was cited more often by men in the non-manual social class, that is, men with a higher socio-economic level. This may be due to the fact that the men who belong to this social class have a better perception of their own state of health than men from less privileged social classes, which leads to a lower perception of their own vulnerability. Taken together, all of this causes men of this social class to dedicate less time to preventative health measures.

Taking our results into account, it can be advisable that a serious attempt should be made to raise public awareness about the benefits of participating in this type of screening programme, offering clear information about the nature of the test and highlighting the fact that one of the requirements for participation is the lack of CRC symptoms. It

would also be recommendable to tailor the information to the intended audience, so that campaigns aimed at men highlight the importance of making preventative health measures a priority while messages aimed at women explain the exact nature of the test. It would also be beneficial to assess the invitation system of the programme as well as the possibility of including new invitation strategies (text messaging, the use of existing organizational structures for breast cancer screening, reminders through primary health care physicians, etc.).

This study adds to our knowledge of the complex interaction between social determinants and participation in CRCSPs in that it has found associations between structural and intermediary factors. This knowledge may thus contribute to raising participation levels in these programmes from an equity perspective, serving as a basis for designing intervention strategies that incorporate the specific needs of various social groups.

ACKNOWLEDGEMENTS

We are grateful to the technicians of the Valencian Community Colorectal Cancer Screening Programme for their cooperation and collaboration.

REFERENCES

1. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Cairo: Commission on Social Determinants of Health; 2007. p. 7
2. Krieger N. Defining and investigating social disparities in cancer: critical issues. *Cancer Causes Control* 2005;16:5-14.
3. Council Recommendation (2003/878/EC) of 2 December 2003 on cancer screening. *Official Journal of the European Union*; 16/12/2003.
4. Parkin DM, Tappenden P, Olsen AH, Patnick J, Sasieni P. Predicting the impact of the screening programme for colorectal cancer in the UK. *J Med Screen* 2008;15:163-74.
5. von Karsa L, Patnick J, Segnan N. Executive summary. En: Segnan N, Patnick J, von Karsa L, editores. *European Guidelines for Quality Assurance in Colorectal Cancer Screening and Diagnosis*. 1st ed. European Commission; 2010. p. 46.
6. Malila N, Signore C, Armadori P. Organisation. En: Segnan N, Patnick J, von Karsa L, editores. *European Guidelines for Quality Assurance in Colorectal Cancer Screening and Diagnosis*. 1st ed. European Commission; 2010. p. 35.
7. Málaga A, Salas D, Sala T, Sala Felis T, Ponce Romero M, Goicoechea Sáez, et al. Programa de cribado de cáncer colorrectal de la Comunidad Valenciana. Resultados de la primera ronda: 2005-2008. *Rev Esp Salud Pública* 2010;84:729-41.
8. World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health. *Social Determinants of Health discussion paper 2*. Geneva: World Health Organization; 2010. p. 20-48.
9. von Euler-Chelpin M, Brasso K, Lynge E. Determinants of participation in colorectal cancer screening with faecal occult blood testing. *J Public Health (Oxf)* 2010;32:395-405.
10. Wardle J, Miles A, Atkin W. Gender differences in utilization of colorectal cancer screening. *J Med Screen* 2005;12:20-7.
11. Courtier R. Análisis de la participación y cumplimiento de la prueba de cribado en un programa de detección precoz de la neoplasia colorrectal. Influencia de la forma de contacto con la población diana [tesis doctoral]. Barcelona: Universidad Autónoma; 2001.

12. Stockwell DH, Woo P, Jacobson BC, Remily R, Syngal S, Wolf J, et al. Determinants of colorectal cancer screening in women undergoing mammography. *Am J Gastroenterol* 2003;98:1875-80.
13. Jepson RG, Hewison J, Thompson A, Weller D. Patient perspectives on information and choice in cancer screening: A qualitative study in the UK. *Soc Sci Med* 2007;65:890-9.
14. Messina C, Lane D, Grimson R. Colorectal cancer screening attitudes and practices preferences of decision making. *Am J Prev Med* 2005;28:439-46.
15. Javanparast S, Ward P, Young G, Wilson C, Carter S, Misan G, et al. How equitable are colorectal cancer screening programs which include FOBTs? A review of qualitative and quantitative studies. *Prev Med* 2010;50:165-72.
16. Martín-Moreno JM, Anttila A, von Karsa L, Alfonso-Sanchez JL, Gorgojo L. Cancer screening and health system resilience: Keys to protecting and bolstering preventive services during a financial crisis. *Eur J Cancer* 2012;48:2212-8.
17. Molina-Barceló A, Salas Trejo D, Peiró-Pérez R, Málaga López A. To participate or not? Giving voice to gender and socio-economic differences in colorectal cancer screening programmes. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2011;20:669-78.
18. van Rijn AF, van Rossum LG, Deutekom M, Laheij RJ, Bossuyt PM, Fockens P, et al. Getting adequate information across to colorectal cancer screening subjects can be difficult. *J Med Screen* 2008;15:149-52.
19. Álvarez-Dardet C, Alonso J, Domingo A, Regidor E. La medición de la clase social en ciencias de la salud. Informe de un grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. Barcelona: SG Editores S.A; 1995. p. 106.
20. Borrell C, Rohlf I, Artazcoz L, Muntaner C. Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres. ¿Cómo influye el tipo de medida de la clase social? *Gac Sanit* 2004;18(Supl 2):75-82.
21. Moreno E, Gil J. El modelo de creencias en salud. Revisión teórica, consideración crítica, y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *Rev Int Psicol Ter Psicol* 2003;3:91-109.
22. Tastan S, Andsoy II, Iyigun E. Evaluation of the knowledge, behavior and health beliefs of individuals over 50 regarding colorectal cancer screening. *Asian Pac J Cancer Prev* 2013;14:5157-63.
23. Vegda K, Nie JX, Wang L, Tracy CS, Moineddin R, Upshur RE. Trends in health services utilization, medication use, and health conditions among older adults: A 2-year retrospective chart review in a primary care practice. *BMC Health Serv Res* 2009;9:217.
24. Brawarsky P, Brooks DR, Mucci LA, Wood PA. Effect of physician recommendation and patient adherence on rates of colorectal cancer testing. *Cancer Detect Prev* 2004;28:260-8.
25. Javadzade SH, Reisi M, Mostafavi F, Hasanzade A, Shahnazi H, Sharifirad G. Factors associated with the fecal occult blood testing for colorectal cancer screening based on health belief model structures in moderate risk individuals, Isfahan, 2011. *J Educ Health Promot* 2012;1:18.
26. van Rijn AF, van Rossum LG, Deutekom M, Laheij RJ, Fockens P, Bossuyt PM, et al. Low priority main reason not to participate in a colorectal cancer screening program with a faecal occult blood test. *J Public Health (Oxf)* 2008;30:461-5.
27. Ferroni E, Camilloni L, Jimenez B, Furnari G, Borgia P, Guasticchi G, et al. Methods to increase participation Working Group. How to increase uptake in oncologic screening: A systematic review of studies comparing population-based screening programs and spontaneous access. *Prev Med* 2012;55:587-96.
28. Carbonell N, Torras M, compiladores. *Feminismos literarios*. Madrid: Arco Libros; 1999. p. 246.
29. Hartmann H. Capitalismo, patriarcado y segregación de los empleos por sexos. En: Borderías C, Carrasco C, Alemany C, compiladores. *Las mujeres y el trabajo. Rupturas conceptuales*. Madrid/Barcelona: Fuhem/Icaria; 1994. p. 255 y 269.
30. Batthyány K. Cuidado de personas dependientes y género. En: Aguirre R, editora. *Las bases invisibles del bienestar social. El trabajo no remunerado en Uruguay*. Montevideo-Uruguay: UNIFEM; 2009. p. 90-2.

9.3. Anexo 3. Molina-Barceló A, Peiró-Pérez R, Vanaclocha M, Vallés G, Guaita L, Salas D. Informed participation in the Valencian Community Colorectal Cancer Screening Programme from a gender perspective. *Gac Sanit.* 2018;32:72-76.

Brief original article

Informed participation in the Valencian Community Colorectal Cancer Screening Programme from a gender perspective



Ana Molina-Barceló^{a,b,*}, Rosana Peiró-Pérez^{a,c,d}, Mercedes Vanaclocha^a, Guillermo Vallés^a, Laura Guaita^e, Dolores Salas^c

^a *Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana, FISABIO, Valencia, Spain*

^b *Universidad de Valencia, Valencia, Spain*

^c *Dirección General de Salud Pública (DGSP), Valencia, Spain*

^d *CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Spain*

^e *Freelance Sociologist, Valencia, Spain*

ARTICLE INFO

Article history:

Received 28 April 2016

Accepted 8 July 2016

Available online 10 October 2016

Keywords:

Early detection of cancer

Colorectal neoplasm

Gender identity

Patient participation

Informed decision making

ABSTRACT

Objective: To examine the factors that influence informed participation in a Colorectal Cancer Screening Programme (CRCSP) from a gender perspective.

Methods: Cross-sectional telephone survey directed to men and women invited to participate (2009–2010) in the Valencian Community CRCSP (Spain). Sample size: 785 subjects. Outcome variables: participation in CRCSP and being informed. Bivariate and multivariate analysis using logistic regression models (95% confidence interval [95%CI], $p < 0.05$).

Results: Being a woman (odds ratio [OR]: 1.52; 95%CI: 1.06–2.19), receiving information from a general practitioner (OR: 1.64; 95%CI: 1.05–2.55) and being informed (OR: 1.54; 95%CI: 1.08–2.21) are related to participation. Men are more likely to participate if they live with a partner (OR: 6.26; 95%CI: 1.82–21.49); and are more informed if they have family responsibilities (OR: 2.53; 95%CI: 1.39–4.63).

Conclusion: Information about CRCSP, involving primary health care professionals and including specific actions directed at men and at women, could contribute to improve informed participation with a gender equity perspective.

© 2016 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Participación informada en el Programa de Prevención del Cáncer Colorrectal de la Comunidad Valenciana desde una perspectiva de género

RESUMEN

Objetivo: Examinar los factores que influyen en la participación informada en un Programa de Prevención del Cáncer Colorrectal (PPCCR) desde una perspectiva de género.

Métodos: Estudio transversal mediante encuesta telefónica a hombres y mujeres invitados a participar (2009–2010) en el PPCCR de la Comunidad Valenciana. Tamaño muestral: 785 sujetos. Variables resultado: participación en el PPCCR y estar informado/a. Análisis bivariado y multivariado mediante modelos de regresión logística (intervalo de confianza del 95% [IC95%], $p < 0,05$).

Resultados: Ser mujer (odds ratio [OR]: 1,52; IC95%: 1,06–2,19), recibir información del médico/a de atención primaria (OR: 1,64; IC95%: 1,05–2,55) y estar informado/a (OR: 1,54; IC95%: 1,08–2,21) está relacionado con la participación en el PPCCR. Los hombres tienen más probabilidad de participar en el PPCCR si viven en pareja (OR: 6,26; IC95%: 1,82–21,49), y están más informados si tienen responsabilidades familiares (OR: 2,53; IC95%: 1,39–4,63).

Conclusión: Informar sobre el PPCCR, con implicación de los profesionales de atención primaria, mediante acciones específicas para hombres y mujeres, puede contribuir a mejorar la participación informada desde una perspectiva de equidad de género.

© 2016 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Palabras clave:

Detección precoz del cáncer

Cáncer colorrectal

Género

Participación

Toma de decisión informada

* Corresponding author.

E-mail address: molina.anabar@gva.es (A. Molina-Barceló).

Introduction

Participation in colorectal cancer screening programmes (CRCSP) has been shown to have benefits for health but also adverse effects.¹ Informing the population of both benefits and harms of screening helps to encourage informed decision-making, however the foundations for doing so are yet to be established.²

Informed decision-making in health has been defined by several authors^{3,4} and despite the fact that no validated measurement exists,⁵ the majority agree that it must be based on accessible, up-to-date, relevant and unbiased information about the disease and the benefits and risks of making the decision.

Informed participation is considered in this study as the relationship between participation in CRCSP and the level of knowledge of the benefits and harms of participating in such programmes. In order to increase both participation and informed decision-making in these programmes (from now on informed participation), on the basis of European recommendations⁶ knowledge of the factors that influence both participation and knowledge is of the utmost importance. There is much evidence supporting that men participate less than women in such programmes⁷ but little is known about if they are also less informed and if this influences their participation.

Within the context of the Valencian Community (VC, Spain) Colorectal Cancer Screening Programme (CRCSP) a study was performed to evaluate the factors influencing participation. Gender inequalities in the reasons for participating in that programme have been identified.⁸ This paper aims to further examine the factors that influence informed participation in the VC CRCSP from a gender perspective.

Methods

Design and subjects

Cross-sectional survey by means of a telephone questionnaire was performed. The population study were men and women aged from 50 to 74 years old invited to participate, including initial and successive invitations, in the VC CRCSP between October 2009 and September 2010.

A 23 question ad hoc questionnaire was designed ([available at Annex I, online supplementary material](#)).

Stratified random sampling was conducted by simple allocation depending on participation or not in the programme (5% error, 5% accuracy, 50% proportion), and sampling by quotas for sex and age. A total of 785 (401 CRCSP participants and 384 non-participants) questionnaires were administered and the response rate was 59.61%

A more detailed description of the study methodology and the invitation process of the VC CRCSP may be found in the study by Molina-Barceló et al.⁸

Variables

The outcome variables are participation in the CRCSP and being informed (both of the CRC disease as well as the CRCSP). Participation refers to previous performance of the fecal occult blood test (according to the information included in the programme's database); and being informed is defined according to the questionnaire responses by having a medium/high knowledge level (KL) (from 3 to 5 correct answers) on each of the specific dimensions: CRC risk factors (from question 11a to 11e), CRC symptoms (from 12a to 12e), CRCSP organizational issues

(from 19a to 19e), CRCSP benefits (from 19f to 19g) and harms (from 19h to 19i) (Annex I, online supplementary material). The potential maximum score of being informed was 10 points and subjects were considered to be informed when scoring 5 or over, with the requirement that at least one correct answer must be obtained in questions related to the CRCSP benefits and harms (from 19f to 19i). Other variables related to information were: access to CRC and CRCSP information (questions 10 and 16 respectively) and general practitioner (GP) information (question 17d).

Explanatory variables are of socio-economic characteristics, relatives and friends with cancer and prevention practices, perceptions, beliefs and attitudes, and information access and KL. The construction of social class variable was made taking into account the abbreviated classification system of the Spanish Society of Epidemiology⁹ and integrating the concept of dominant social class.¹⁰

Data collection

Data was collected in 2011. Verbal informed consent was obtained from all participants in the study. The study was approved by the Clinical Research Ethics Committee of the General Directorate of Public Health of VC.

Data analysis

A descriptive analysis of the participation in CRCSP and of being informed was performed, using the chi-squared test, in order to identify the independent association with the explanatory variables.

Logistic regression models were adjusted for participation in CRCSP and for being informed, stratifying by sex, including the explanatory variables that showed statically association in the bivariate analysis and those that provided a model with greater prediction.

The results of the chi-squared analysis were shown in terms of p-value, and the logistical regression analysis in terms of odds ratios (OR) and 95% confidence interval (95%CI). The level of significance considered was of 0.05.

Results

The majority of the study subjects were participants in the CRCSP (51.1%, n=401), 55.2% of whom were women (n=229) and 46.5% men (n=172). The majority were uninformed (56.5%, n=435), 52.2% of whom were women (n=212) and 61.3% men (n=223).

Table 1 shows that both participating in CRCSP along with being informed are statistically related ($p < 0.05$). The variables sex, education level, participation in the Breast Cancer Screening Programme (BCSP) (women only), future intention to participate, valuation of the information received and GP information are related both to participation as well as to being informed.

The multivariate analysis (**Table 2**) shows that there is a greater probability of participation by women (OR: 1.52; 95%CI: 1.06-2.19), being 60 and over (OR: 1.64; 95%CI: 1.14-2.36), living with a partner (OR: 2.12; 95%CI: 1.18-3.79), with future intention to participate in CRCSP (OR: 6.51; 95%CI: 4.13-10.25), considering information to be sufficient (OR: 2.54; 95%CI: 1.65-3.91), receiving GP information (OR: 1.64; 95%CI: 1.05-2.55) and being informed (OR: 1.54; 95%CI: 1.08-2.21). Analyses stratified by sex show that men, unlike women, are more likely to take part in screening if they are 60 and over (OR: 2.39; 95%CI: 1.36-4.20) and live with a partner (OR: 6.08;

Table 1
Descriptive and bivariate analysis of the explanatory variables by participation in CRCSP and being informed. Valencian Community, 2009–2010.

		Participation in CRCSP			Being informed		
		No, n (%)	Yes, n (%)	p	No, n (%)	Yes, n (%)	p
<i>Socio-economic characteristics</i>							
Sex	Men	198 (53.5)	172 (46.5)	0.014	223 (61.3)	141 (38.7)	0.012
	Women	186 (44.8)	229 (55.2)		212 (52.2)	194 (47.8)	
Age	50–59	194 (53.7)	167 (46.3)	0.011	188 (52.8)	168 (47.2)	0.056
	60 and over	189 (44.7)	234 (55.3)		246 (59.6)	167 (40.4)	
Geographical area ^a	Rural	55 (39.0)	86 (61.0)	0.010	88 (63.3)	51 (36.7)	0.071
	Urban	328 (51.0)	315 (49.0)		346 (54.9)	284 (45.1)	
Education level ^b	High	126 (54.3)	106 (45.7)	0.047	109 (47.8)	119 (52.2)	0.002
	Low	257 (46.6)	295 (53.4)		325 (60.1)	216 (39.9)	
Living with a partner	No	50 (64.1)	28 (35.9)	0.003	36 (46.8)	41 (53.2)	0.076
	Yes	296 (46.0)	347 (54.0)		362 (57.4)	269 (42.6)	
Social class ^c	Manual	160 (46.0)	188 (54.0)	0.994	209 (61.7)	130 (38.3)	0.003
	Non manual	153 (45.9)	180 (54.1)		166 (60.3)	164 (49.7)	
Employment status	Inactive ^d	249 (46.5)	287 (53.5)	0.161	299 (57.3)	223 (42.7)	0.008
	Active	100 (52.4)	91 (47.6)		88 (46.1)	103 (53.9)	
Family responsibilities	No	275 (49.4)	282 (50.6)	0.285	325 (59.5)	221 (40.5)	0.001
	Yes ^e	69 (44.5)	86 (55.5)		67 (43.8)	86 (56.2)	
<i>Relatives and friends with cancer and prevention practices</i>							
Relatives and friends with cancer	No	73 (46.2)	85 (53.8)	0.424	107 (70.9)	44 (29.1)	<0.001
	Yes	311 (49.8)	314 (50.2)		326 (52.8)	291 (47.2)	
Prevention practice level ^f	Low	62 (48.8)	65 (51.2)	0.971	85 (68.0)	40 (32.0)	0.004
	High	317 (49.0)	330 (51.0)		345 (54.0)	294 (46.0)	
Participation in BCSP (women only)	No	22 (62.9)	13 (37.1)	0.024	27 (79.4)	7 (20.6)	0.001
	Yes	160 (43)	212 (57)		183 (49.7)	185 (50.3)	
<i>Perceptions, beliefs and attitudes</i>							
CRC vulnerability perception	Low	71 (56.8)	54 (43.2)	0.060	58 (46.8)	66 (53.2)	0.066
	High ^g	40 (65.6)	21 (34.4)		38 (54.3)	32 (45.7)	
	Don't know	264 (46.8)	300 (53.2)		324 (58.2)	233 (41.8)	
Future intention to participate in CRCSP	No ^h	162 (78.6)	44 (21.4)	<0.001	146 (71.9)	57 (28.1)	<0.001
	Yes	217 (38.1)	352 (61.9)		285 (50.6)	278 (49.4)	
Self-perceived health status ⁱ	Poor	132 (47.5)	146 (52.5)	0.552	155 (56.8)	118 (43.2)	0.912
	Good	250 (49.7)	253 (50.3)		279 (56.4)	216 (43.6)	
<i>Access to information and KL of CRC and CRCSP</i>							
Access to CRC information	No	54 (60.7)	35 (39.3)	0.018			
	Yes	327 (47.3)	364 (52.7)				
Access to CRCSP information	No	175 (73.8)	62 (26.2)	<0.001			
	Yes	208 (38.4)	334 (61.6)				
Valuation of information received	Insufficient	135 (71.1)	55 (28.9)	<0.001	138 (73.4)	50 (26.6)	<0.001
	Sufficient	240 (41.3)	341 (58.7)		289 (50.3)	285 (49.7)	
GP information	No ^h	333 (53.5)	290 (46.5)	<0.001	361 (58.6)	255 (41.4)	0.018
	Yes	49 (31.6)	106 (68.4)		74 (48.1)	80 (51.9)	
CRC risk factors KL ^j	Low	173 (53.2)	152 (46.8)	0.040			
	High	205 (45.8)	243 (54.2)				
CRC symptoms KL ^j	Low	148 (53.4)	129 (46.6)	0.060			
	High	230 (46.4)	266 (53.6)				
CRCSP organizational issues KL ^j	Low	189 (68.5)	87 (31.5)	<0.001			
	High	192 (38.6)	305 (61.4)				
CRCSP benefits and harms KL ^j	Low	209 (63.5)	120 (36.5)	<0.001			
	High	172 (38.7)	273 (61.3)				
Being informed	No	241 (55.4)	194 (44.6)	<0.001			
	Yes	139 (41.5)	196 (58.5)				

BCSP: breast cancer screening programme; CRC: colorectal cancer; CRCSP: colorectal cancer screening programme; GP: general practitioner; KL: knowledge level.

^a Rural ($\leq 10,000$ inhabitants), urban ($> 10,000$).

^b Low (unable and can read or write/primary and lower secondary school), high (upper secondary/post-secondary/tertiary education).

^c Manual (IVa, IVb, V and VI- abbreviated classification of Spanish Epidemiology Society), non-manual (I, II, IIIa, IIIb, IIIc).

^d Unemployed/retired/housework.

^e Living with persons < 15 or > 75 years old.

^f Low (≤ 1 prevention activities), high (≥ 2 activities).

^g Moderate/high.

^h No/don't know.

ⁱ Poor (fair/poor/very poor), good (very good/good).

^j Low (no knowledge/low), high (moderate/high).

95%CI: 1.80–20.48). With regards being informed, the probability increases in the case of women (OR: 1.49; 95%CI: 1.06–2.09), people with family responsibilities (OR: 2.01; 95%CI: 1.35–2.99), having relatives and friends with cancer (OR: 2.01; 95%CI: 1.30–3.10), high level of prevention practices (OR: 1.73; 95%CI: 1.10–2.71), had participated in CRCSP (OR: 1.82; 95%CI: 1.29–2.58) and of the opinion

that the information conveyed is sufficient (OR: 2.03; 95%CI: 1.35–3.08); and decreased if people have low education level (OR: 0.63; 95%CI: 0.44–0.91). Men, unlike women, are more informed if they have family responsibilities (OR: 2.53; 95%CI: 1.39–4.63) and consider the information conveyed to be sufficient (OR: 2.74; 95%CI: 1.46–5.14).

Table 2

Multivariate logistic regression models of response variables Participation in CRCSP and Being informed for the total sample and by sex. Valencian Community, 2009–2010.

		OV: Participation in CRCSP, OR (95%CI)			OV: Being informed, OR (95%CI)		
		Total	Women	Men	Total	Women	Men
Sex	Men	1	-	-	1	-	-
	Women	1.52 (1.06–2.19) ^a			1.49 (1.06–2.09) ^a		
Age	50–59	1	1	1	1	1	1
	60 and over	1.64 (1.14–2.36) ^a	1.22 (0.73–2.06)	2.39 (1.36–4.20) ^a	0.83 (0.59–1.16)	0.60 (0.37–0.95) ^a	1.23 (0.72–2.08)
Geographical area	Rural	1	1	1	1	1	1
	Urban	0.67 (0.41–1.08)	0.82 (0.42–1.60)	0.56 (0.27–1.16)	1.27 (0.81–2.01)	1.60 (0.87–2.95)	0.89 (0.44–1.81)
Education level	High	1	1	1	1	1	1
	Low	1.26 (0.85–1.87)	1.60 (0.86–2.95)	1.06 (0.61–1.83)	0.63 (0.44–0.91) ^a	0.66 (0.38–1.16)	0.66 (0.40–1.09)
Living with a partner	No	1	1	1	1	1	1
	Yes	2.12 (1.18–3.79) ^a	1.25 (0.59–2.64)	6.08 (1.80–20.48) ^a	0.78 (0.46–1.32)	0.72 (0.36–1.44)	0.80 (0.33–1.92)
Family responsibilities	No	-	-	-	1	1	1
	Yes	2.01 (1.35–2.99) ^a	1.67 (0.96–2.90)	2.53 (1.39–4.63) ^a	2.01 (1.30–3.10) ^a	2.48 (1.24–4.94) ^a	1.77 (0.99–3.15)
Relatives and friends with cancer	No	1	1	1	1	1	1
	Yes	0.48 (0.30–0.76) ^a	0.44 (0.20–0.96) ^a	0.51 (0.28–0.93) ^a	2.01 (1.30–3.10) ^a	2.48 (1.24–4.94) ^a	1.77 (0.99–3.15)
Prevention practice level	Low	-	-	-	1	1	1
	High	-	-	-	1.73 (1.10–2.71) ^a	0.53 (0.27–1.05)	1.78 (0.96–3.33)
Participation in CRCSP	No	-	-	-	1	1	1
	Yes	-	-	-	1.82 (1.29–2.58) ^a	1.80 (1.11–2.93) ^a	1.69 (0.99–2.89)
Participation in BCSP (women only)	No	-	1	-	-	1	-
	Yes	-	1.79 (0.67–4.75)	-	-	2.61 (0.97–7.03)	-
Future intention to participate in CRCSP	No	1	1	1	-	-	-
	Yes	6.51 (4.13–10.25) ^a	9.73 (5.20–18.23) ^a	3.58 (1.79–7.16) ^a	-	-	-
Valuation of information received	Insufficient	1	1	1	1	1	1
	Sufficient	2.54 (1.65–3.91) ^a	2.84 (1.54–4.22) ^a	2.35 (1.23–4.50) ^a	2.03 (1.35–3.08) ^a	1.56 (0.87–2.78)	2.74 (1.46–5.14) ^a
GP information	No	1	1	1	1	1	1
	Yes	1.64 (1.05–2.55) ^a	1.58 (0.81–3.07)	1.65 (0.88–3.08)	1.34 (0.89–2.01)	1.47 (0.82–2.63)	1.24 (0.69–2.23)
Being informed	No	1	1	1	-	-	-
	Yes	1.54 (1.08–2.21) ^a	1.36 (0.80–2.30)	1.63 (0.96–2.75)	-	-	-

BCSP: breast cancer screening programme; 95%CI: 95% confidence interval; CRCSP: colorectal cancer screening programme; GP: general practitioner; OR: odds ratio; OV: outcome variable.

^a $p < 0.05$.

Discussion

Being a woman, receiving information from a general practitioner and being informed of the disease and the programme are related to participation in CRCSP.

The gender analysis shows that women participate more in CRCSP than men, with similar results in the majority of studies.^{7,11} Therefore “inverse prevention”¹² is taking place in the VC CRCSP, since there is greater incidence and mortality from CRC among men.¹³ The influence of traditional gender roles in health, such as greater self-care in women and poorer perception of vulnerability among men,¹⁴ could be an explanation of these gender inequalities in participation.

This study contributes to improving knowledge about gender differences in the factors related to participation in CRCSP programmes. Men are more likely to participate if they live with a partner, according to the results of other studies that point out the dependence of men on their female partners when carrying out the cancer screening tests.¹⁵ And women tend to participate more if they have previously attended BCSP, in line with other studies.¹⁶ A positive experience in BCSP and the characteristics of these women may be possible explanations of this relationship. Collaboration between both cancer screening programmes to enhance participation of women and men would be advisable.

The results of this study show a relationship between knowledge about the disease and the programme, and participation in CRCSP. Whereas some studies had not found this relationship¹⁷ others had underlined low knowledge as one of the obstacles to participation.¹⁸ This relationship should be interpreted with

caution as knowledge was measured after participation in the programme and could be conditioned by this. But, in any case, it supports the importance of promoting informed participation. This study also shows that receiving GP information increase participation, highlighting the importance of primary health care involvement in promoting such programmes.¹⁹

Finally, the study shows that women, people with high educational level, and having family responsibilities are better informed of CRCSP, with the latter situation statically significant only for men. Gender equity in family care responsibilities could contribute to increasing CRCSP knowledge among men, and therefore to enhancing informed participation in such programmes.

Unbiased information about the CRC and screening programmes involving primary health care professionals, considering specific strategies directed at men and women could enhance informed participation with a gender equity perspective.

Editor in charge

M^a José López.

Transparency declaration

The corresponding author on behalf of the other authors guarantee the accuracy, transparency and honesty of the data and information contained in the study, that no relevant information has been omitted and that all discrepancies between authors have been adequately resolved and described.

What is known about the topic?

There is much evidence that men participate less than women in colorectal cancer screening programmes but little is known about if they are also less informed and if this influences their participation. Knowledge of the factors that influence informed participation from a gender perspective is not yet well known and therefore is of the utmost importance.

What does this study add to the literature?

Information and participation in colorectal cancer screening programs are interrelated. There are gender inequalities in participation as well as in the access of information, in general showing men to be in an unequal position. Information strategies considering specific actions directed at men and women, could contribute to improving informed participation with a gender equity perspective.

Authorship contributions

A. Molina-Barceló, R. Peiró-Pérez and D. Salas designed the study. The data was collected by L. Guaita, M. Vanaclocha and G. Vallés performed the analysis of the data. A. Molina-Barceló drafted the manuscript and all the authors contributed to the interpretation of the result, critically revised the work and approved the final version to be published.

Funding

This study has received a grant of 4,950 € from the Regional Health Authorities of the Valencian Community through the call for Grants for the *Fomento de la Investigación Sanitaria en la Comunitat Valenciana* (Ref. number: 053/2010).

Conflicts of interest

None.

Appendix A. Supplementary data

Supplementary data associated with this article can be found, in the online version, at [doi:10.1016/j.gaceta.2016.07.010](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.07.010).

References

- Holland W, Stewart S, Masseria C. Policy brief: screening in Europe. Geneva: World Health Organization, European Observatory on Health Systems and Policies; 2006.
- Gigerenzer G, Mata J, Frank R. Public knowledge of benefits of breast and prostate cancer screening in Europe. *J Natl Cancer Inst.* 2009;101:1216–20.
- Rimer BK, Briss PA, Zeller PK, et al. Informed decision making: what is its role in cancer screening? *Cancer.* 2004;101 (Suppl 5):1214–28.
- Smith SK, Simpson JM, Trevena LJ, et al. Factors associated with informed decisions and participation in bowel cancer screening among adults with lower education and literacy. *Med Decis Making.* 2014;34:756–72.
- Jepson RG, Hewison J, Thompson AG, et al. How should we measure informed choice? The case of cancer screening. *J Med Ethics.* 2005;35:192–6.
- Austoker J, Giordano L, Hewitson P, et al. Communication. In: Segnan N, Patnick J, von Karsa L, editors. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. 1st ed. Luxembourg: European Commission, Publications Office of the European Union; 2010.
- Javanparast S, Ward P, Young G, et al. How equitable are colorectal cancer screening programs which include FOBTs. A review of qualitative and quantitative studies. *Prev Med.* 2010;50:165–72.
- Molina-Barceló A, Salas-Trejo D, Peiró-Pérez R, et al. Reasons for participating in the Valencian Community Colorectal Cancer Screening Programme by gender, age, and social class. *Rev Esp Enferm Diag.* 2014;106:439–47.
- Álvarez-Dardet C, Alonso J, Domingo A, et al. La medición de la clase social en las mujeres. ¿Cómo influye el tipo de medida de la clase social? *Gac Sanit.* 2004;18 (Supl 2):75–82.
- Borrell C, Rohlfes I, Artazcoz L, et al. Desigualdades en salud según la clase social en las mujeres. ¿Cómo influye el tipo de medida de la clase social? *Gac Sanit.* 2004;18 (Supl 2):75–82.
- von Wagner C, Baio G, Raine R, et al. Inequalities in participation in an organized national colorectal cancer screening programme: results from the first 2.6 million invitations in England. *Int J Epidemiol.* 2011;40:712–8.
- Tudor Hart J. The inverse care law. *Lancet.* 1971;405–12, i.
- Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer.* 2015;136:E359–86.
- Velasco S. Recomendaciones para la práctica clínica con enfoque de género. Madrid: Observatorio de Salud de la Mujer, Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009.
- Kobayashi LC, Wardle J, von Wagner C. Limited health literacy is a barrier to colorectal cancer screening in England: evidence from the English Longitudinal Study of Ageing. *Prev Med.* 2014;61:100–5.
- Wirth MD, Brandt HM, Dolinger H, et al. Examining connections between screening for breast, cervical and prostate cancer and colorectal cancer screening. *Colorectal Cancer.* 2014;3:253–63.
- Steckelberg A, Hülfenhaus C, Haastert B, et al. Effect of evidence based risk information on informed choice in colorectal cancer screening: randomised controlled trial. *BMJ.* 2011;342:d3193.
- Molina-Barceló A, Salas Trejo D, Peiró-Pérez R, et al. To participate or not? Giving voice to gender and socio-economic differences in colorectal cancer screening programmes. *Eur J Cancer Care.* 2011;20:669–78.
- Senore C, Inadomi J, Segnan N, et al. Optimising colorectal cancer screening acceptance: a review. *Gut.* 2015;64:1158–77.

9.4. Anexo 4. Guión de preguntas de los grupos de discusión

Guión de preguntas de los grupos de discusión

1. ¿Qué opináis sobre el cáncer de colon? ¿Qué sabéis de esta enfermedad? (indagar sobre la percepción de la gravedad de la enfermedad y del riesgo de contraerla)
2. ¿Cómo conocisteis el Programa de Prevención de Cáncer Colorrectal (PPCCR)? (indagar sobre el medio de información: amigos/as, médico/a de cabecera, carta de invitación, TV...)
3. ¿Qué opináis del PPCCR? (indagar sobre los beneficios y/o barreras del programa)
4. Me gustaría que os pusierais de acuerdo sobre cuáles creéis que son los motivos fundamentales por los que la gente:
 - a. decide participar en el PPCCR (sólo para los grupos de personas participantes)
 - b. decide no participar en el PPCCR (sólo para los grupos de discusión de personas no participantes)
5. ¿Habéis oído hablar del Programa de Prevención de Cáncer de Mama (PPCM)?, ¿Qué diferencias encontráis entre los dos programas?
6. ¿Por qué creéis que las mujeres participan más en el PPCM que en el PPCCR?
7. ¿Por qué creéis que las mujeres participan más que los hombres en el PPCCR?

9.5. Anexo 5: Cuestionario

DATOS DE LA PERSONA ENTREVISTADA

Nº entrevista _____

Nombre y Apellidos: _____

Sexo: Hombre ¹ Mujer ² Edad: Participante en el programa: SI ¹ NO ²

Teléfono: _____ País de nacimiento (textual) : _____

Municipio de residencia (textual) _____

Departamento de salud. Sagunto ¹ Castellón ² Valencia la fe ³ Denia ⁴

1. ¿Tiene algún familiar que haya padecido algún tipo de cáncer? SI ¹ NO ²
NC ⁹

1A. ¿y algún amigo o conocido cercano? SI ¹ NO ² NC ⁹

2. ¿Cuál es su nivel de estudios?

NO SABE LEER/ESCRIBIR ¹
 PRIMARIOS (Lee y escribe, EGB, Bachiller elemental) ²
 FP, SECUNDARIOS (FPI, FPII, BUP, Bachillerato Superior) ³
 UNIVERSITARIOS (Grado medio y superior) ⁴
 NC ⁹

3. ¿Con qué personas vive en el hogar familiar? Vive sola, con su pareja, hijos...
(Multirespuesta)

SOLA/ (pasar a P5) ¹
 SU PAREJA/CÓNYUGE/MARIDO/MUJER ²
 HIJOS/AS ³
 PADRES/SUEGROS ⁴
 OTROS _____ ⁵
 NC ⁹

4. ¿Algunas de las personas con las que convive necesitan CUIDADOS ESPECIALES, porque son menores de 15 años o mayores de 75, o porque tienen alguna discapacidad o minusvalía?

SI ¹ NO ¹ (pasar a 5) NC ⁹

4A. ¿Quién se ocupa principalmente de su cuidado? Usted, su pareja, entre su pareja y usted... (Multirespuesta)

- Usted 1
- Su pareja/cónyuge 2
- Cuidado compartido 3
- Cuidado externos 4
- Otros _____ 5
- Nc 9

5. ¿Trabaja usted actualmente?

- SI (pasar a 6) 1
- NO (pasar a 5A) 2 →
- NC 9

5A. ¿Cuál es su situación laboral?

- Paro 1
- Jubilado/a 2
- Labores del Hogar 3
- Otros _____ 4
- NC 9

5B. ¿Ha trabajado anteriormente?

- SI 1 (pasar a 6)
- NO 2 (pasar a 7)
- NC 9

6. ¿En qué trabaja actualmente? (si no trabaja ahora pero ha trabajado)¿Cuál ha sido su trabajado principal en la vida laboral?

(Literal) Ocupación: _____

6A. ¿Qué puesto o cargo ocupa? (si no trabaja ahora pero ha trabajado)¿Qué puesto o cargo ocupaba?

(Literal) Puesto/cargo: _____

7. (sólo a los que tienen pareja/cónyuge) ¿Cuál es el trabajo actual DE SU PAREJA/CÓNYUGE, y si no trabaja actualmente, cuál ha sido su trabajo principal en la vida laboral?

(Literal) Ocupación: _____

7A. ¿Qué puesto o cargo ocupa u ocupaba?

(Literal) Puesto/cargo: _____

8. (sólo a los que su país de nacimiento no es España) ¿Cuánto tiempo lleva residiendo en España?

(Literal) _____

9. En los últimos 12 meses diría que su estado de salud ha sido: (leer todas las opciones)

- Muy bueno 1
- Bueno 2
- Regular 3
- Malo 4
- Muy malo 5
- Nc 9

10. ¿Ha oído usted hablar alguna vez del Cáncer Colorrectal (CCR)?

- SI 1 NO 2 (pasar a 13) NC 9

11. Voy a leerle unas frases sobre el CCR y quiero que me conteste si cree que es verdadero, falso o no lo sabe. (leer todas las frases)

	V	F	No lo sé	NC
a) El CCR afecta más a las mujeres que a los hombres	1	2	8	9
b) El CCR afecta más a partir de los 50 años aproximadamente	1	2	8	9
c) Tener antecedentes familiares de CCR no afecta en el desarrollo del CCR	1	2	8	9
d) El hecho de comer mucha carne y pocas verduras puede afectar al desarrollo del CCR	1	2	8	9
e) No hacer nada de ejercicio físico pueda afectar en el desarrollo del CCR	1	2	8	9

12. Ahora me gustaría que me dijera si cree que los síntomas que le voy a leer están relacionados con el CCR. Diga Sí, No o No lo sé. ¿Cree que el _____ es un síntoma de CCR?

	SI	NO	No lo sé	NC
a) Estreñimiento y/o diarreas continuas	1	2	8	9
b) Vómitos	1	2	8	9
c) Sangre en las heces	1	2	8	9
d) Dolor de cabeza	1	2	8	9
e) Pérdida de peso sin razón conocida	1	2	8	9

13. Diga con la mayor sinceridad posible si realiza alguna de las siguientes prácticas...

	SI	NO	NC
a) ¿Come usted mínimo 4 raciones de fruta o verdura al día?	1	2	9
b) ¿Practica ejercicio físico mínimo 2 ó 3 veces a la semana?	1	2	9
c) ¿Acude al médico cuando tiene algún problema de salud?	1	2	9
d) (sólo mujeres) ¿Participa en el Programa de Prevención de Cáncer de Mama?	1	2	9

14. Cree que la probabilidad que tiene usted de desarrollar un CCR en el futuro es alta, media o baja?

Alta ¹ Media ² Baja ³ No sabe ⁸ NC ⁹

15. De los siguiente cánceres (leer en función de si es mujer o hombre) quiero que los ordene del 1 al 3, siendo el 1 el cáncer que considera más grave para las mujeres/hombres (se es mujer dices “para las mujeres” y si es hombre dices “para los hombres”), es decir aquel que en su opinión ocasiona más muertes en las mujeres/hombres (idem).

(sólo a mujeres)	ORDEN	(sólo a hombres)	ORDEN
a) Cáncer de Pulmón		a) Cáncer de Pulmón	
b) Cáncer de Mama		b) Cáncer de Próstata	
c) Cáncer Colorrectal (CCR)		c) Cáncer Colorrectal (CCR)	

16. ¿Conoce usted de la existencia del Programa de Prevención de CCR de la Comunidad Valenciana?

SI ¹ NO ² (pasar a 20) NC ⁹

17. Quisiera que me dijera si ha recibido información sobre el programa a través de alguno de los medios que le voy a leer. ¿Ha recibido información sobre el Programa a través de...? (leer todas las opciones)

	SI	NO	No lo sé	NC
a) ... la carta y folleto del Programa que le enviamos a su domicilio	1	2	8	9
b) ... la TV, Radio, prensa	1	2	8	9
c) ... internet	1	2	8	9
d) ... su médico/a de cabecera	1	2	8	9
e) ...un familiar o amigo/a	1	2	8	9

18. De los medios que acabamos de comentar, quiero que me diga si le parecen adecuados o no para recibir información sobre programa. ¿A través de..... le parece adecuado para recibir información sobre el programa? (y así sucesivamente con todas las opciones)

	SI	NO	No lo sé	NC
a) ... la carta y folleto del Programa que le enviamos a su domicilio	1	2	8	9
b) ... la TV, Radio, prensa	1	2	8	9
c) ... internet	1	2	8	9
d) ... su médico/a de cabecera	1	2	8	9

e) ... un familiar o amigo/a	1	2	8	9
------------------------------	---	---	---	---

19. Voy a leerle unas frases sobre el Programa de prevención de cáncer colorrectal y quiero que me conteste si cree que es verdadero, falso o no lo sabe.

	V	F	No lo sabe	NC
En el programa pueden participar tanto hombres como mujeres	1	2	8	9
Para participar en el programa es necesario tener síntomas de CCR	1	2	8	9
La primera prueba consiste en recoger una muestra de heces	1	2	8	9
En el programa se puede participar a partir de los 50 años aproximadamente	1	2	8	9
La primera prueba consiste en una colonoscopia	1	2	8	9
La prueba permite detectar el CCR antes de que aparezcan los síntomas	1	2	8	9
Si se detecta el CCR a tiempo se puede curar en la mayoría de los casos	1	2	8	9
A algunas personas después de la 1ª prueba les tienen que hacer más pruebas y finalmente de estas personas la mayoría no tienen CCR	1	2	8	9
Puede ser que una persona tenga CCR y no se lo detecten en el programa	1	2	8	9

20. (sólo a participantes) Según los datos que tenemos de usted HA PARTICIPADO en el Programa de Prevención de CCR. Voy a leerle una serie de motivos y quisiera que me dijera si le influyeron o no en su decisión de PARTICIPAR. Usted PARTICIPÓ porque... (Multirespuesta)

	SI	NO	No lo sé	NC
a) ... se lo recomendó un familiar o una amistad?	1	2	8	9
b) ... piensa que si el CCR se detecta a tiempo se puede curar en la mayoría de los casos?	1	2	8	9
c)se encontraba mal de salud y creía tener síntomas de la enfermedad?	1	2	8	9
d) ... le pareció una prueba sencilla?	1	2	8	9

e) ... se lo recomendó el médico de cabecera?	1	2	8	9
f) ... quería descartar la posibilidad de tener CCR?	1	2	8	9
g) ... le parece importante para su salud?	1	2	8	9
h) ... tenía un familiar/amigo que lo había padecido?	1	2	8	9
i) ¿Algún otro motivo?:_____	1	2	8	9

21. (sólo a no participantes) Según los datos que tenemos de usted NO HA PARTICIPADO en el Programa de Prevención de CCR. Voy a leerle una serie de motivos y quisiera que me dijera si le influyeron o no en su decisión de NO PARTICIPAR. Usted NO PARTICIPÓ porque... (Multirespuesta)

	SI	NO	No lo sé	NC
a) ... tenía miedo a que le diagnosticaran un CCR	1	2	8	9
b) ... la prueba le parecía desagradable	1	2	8	9
c) ... no quería realizarse una colonoscopia	1	2	8	9
d) ... no entendía como se hacía la prueba	1	2	8	9
e) ...no tenía síntomas ni se encontraba mal de salud	1	2	8	9
f) ...no tuvo tiempo para hacerse la prueba	1	2	8	9
g) ... le daba vergüenza hacerse la prueba	1	2	8	9
h) ... ya le habían hecho otras pruebas de CCR	1	2	8	9
i) ... no recibió la carta de invitación	1	2	8	9
j) ¿Algún otro motivo?:_____	1	2	8	9

22. Usted diría que la información que tiene es suficiente o insuficiente para tomar la decisión de participar en el Programa? Suficiente ¹ Insuficiente ² No sabe ⁸ NC ⁹

23. Y para terminar... ¿Tiene intención de participar en el futuro en el Programa?
Si ¹ No ² No sabe ⁸ NC ⁹

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

