

Estudio sobre los programas de cribado de cáncer colorrectal

Conocimiento, actitudes
y comportamientos
de las personas
de 50 a 69 años



asociación
española
contra el cáncer

AUTORES

ASOCIACIÓN ESPAÑOLA CONTRA EL CÁNCER

Belén Fernández Sánchez
Diego de Haro Gazquez
Mario López Salas
María Luz Amador Muñoz
Marta Blanco Álvarez
Ana Fernández Marcos

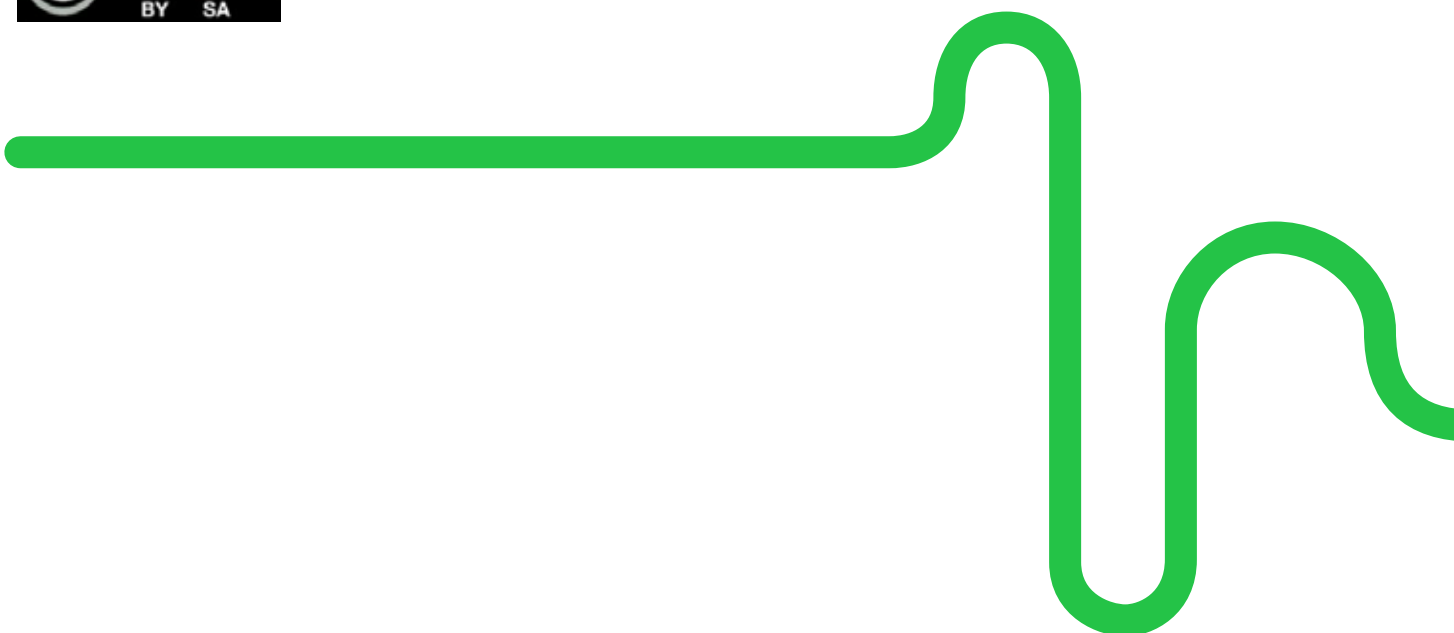
KANTAR PUBLIC

Jesús González García
Víctor Manuel Sobrino Jiménez

© AECC Asociación Española Contra el Cáncer - Sede Central
Madrid, noviembre 2022
Calle Teniente Coronel Noreña, 30
28045 Madrid
www.aecc.es

Las publicaciones de la AECC están creadas para su difusión. Con el fin de llegar al mayor número de personas posibles, este informe sigue los términos de la licencia Creative Commons Attribution-Share Alike 4.0.

This is an open access report distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Share Alike 4.0 License, which permits unrestricted use, distribution and reproduction in any medium, provided the original authors and source are credited. Any material generated from the remix or transformation of this document must be distributed under the same license as the original.





Índice

01/ Presentación	4
02/ El cáncer colorrectal y los programas de cribado	6
02.1. Epidemiología del cáncer colorrectal en España	7
02.2. Factores de riesgo del cáncer colorrectal	7
02.3. Programas de detección de cáncer colorrectal: contexto europeo	8
02.4. Desarrollo y situación actual de las estrategias de cribado de cáncer colorrectal en España	11
02.5. Participación y factores de inequidad en los programas de cribado de cáncer colorrectal: ¿qué nos dice la literatura?	12
03/ Conocimiento, actitudes y comportamientos de las personas de 50 a 69 años sobre los programas de cribado de cáncer colorrectal	14
03.1. Objetivos	15
03.2. Metodología	15
03.2.1. Ficha técnica	15
03.2.2. Perfil de la muestra de estudio	17
03.3. Resultados	19
03.3.1. Estado de salud y estilo de vida	19
03.3.2. Uso de servicios sanitarios y participación en revisiones médicas	20
03.3.3. El cáncer colorrectal: conocimiento, valoración y percepciones	23
03.3.4. Información y valoración sobre el programa de detección precoz del cáncer colorrectal y conocimiento de la prueba TOSH	25
03.3.5. Recepción de la invitación para participar en el programa de cribado de cáncer colorrectal	27
03.3.6. Realización efectiva de la prueba TOSH	30
03.3.7. Motivos para realizar y no realizar la prueba TOSH	31
04/ Principales hallazgos y conclusiones	35
05/ Bibliografía	39

01/

Presentación



El cáncer colorrectal (CCR) es un problema de salud importante, representa el primer cáncer más frecuente en incidencia y mortalidad en la mayoría de los países desarrollados.

En España, es el segundo tipo de cáncer más frecuente en el sexo masculino y el segundo más frecuente en el sexo femenino. La detección temprana del CCR reduce la mortalidad, por lo que resulta sumamente importante concentrarse en el desarrollo de programas de cribado poblacional que maximicen la participación, así como trabajar para que tanto los profesionales de la salud como la población general conozcan los beneficios de la detección precoz del cáncer colorrectal.

En España, el cribado de cáncer colorrectal mediante el test de sangre oculta en heces (TSOH) ha alcanzado una implementación elevada, aunque la participación sigue sin encontrarse en las cifras óptimas. A su vez, los datos disponibles ofrecen diferencias de participación significativas tanto entre Comunidades Autónomas (CC.AA) como entre distintos grupos sociodemográficos, lo que plantea diferentes problemas de equidad. Incrementar las tasas de participación en los programas, así como la información a la población sobre la importancia de este problema de salud y sobre las posibilidades de diagnóstico precoz, son clave para mejorar la efectividad de estas acciones.

Este informe, elaborado por la Asociación Española Contra el Cáncer, tiene como objetivo analizar la situación respecto al nivel de desarrollo de las diferentes estrategias para la detección precoz de cáncer colorrectal en nuestro país. Muestra una descripción general de los programas con un enfoque en las diferencias territoriales abordando numerosos aspectos a considerar para implementar un programa de detección exitoso. Se planteó, desde un primer momento, con la mirada puesta en profundizar en el nivel de información, las actitudes y percepciones que la población objetivo de los cribados tiene sobre los mismos.

El informe sigue una estructura con tres capítulos centrales. El primero de ellos revisa los datos más recientes, sintetiza parte de la extensa evidencia científica publicada y muestra la situación internacional y nacional sobre los programas de detección precoz del cáncer colorrectal. El segundo capítulo es el más extenso, y a lo largo del mismo se repasan los principales hallazgos encontrados en el estudio. El informe concluye con un breve resumen de los hallazgos encontrados y las reflexiones más importantes que se derivan de los mismos.



02/

**El cáncer colorrectal
y los programas
de cribado**



02.1/ Epidemiología del cáncer colorrectal en España

El Cáncer Colorrectal es la neoplasia maligna más frecuente en el mundo desarrollado. Es más frecuente en personas mayores. La edad media de presentación es 70-71 años y la mayoría de los pacientes tienen más de 50 años en el momento del diagnóstico, aunque también puede aparecer en personas más jóvenes. Afecta a hombres y mujeres casi por igual.

En España, en el año 2022, ocupa el segundo lugar en frecuencia tanto en hombres (25.406 casos nuevos) como en mujeres (16.240), el primer lugar si se considera los casos en ambos sexos, con un total estimado de 41.646 nuevos casos¹.

El cáncer colorrectal es la segunda causa de muerte por cáncer, sólo por detrás del cáncer de pulmón. Respecto a la mortalidad, en 2022, se estiman un total de 15.519 fallecimientos, se produjeron un total de 9.238 muertes en varones y 6.381 en mujeres. Entre los varones, los responsables del mayor número de fallecimientos fueron el cáncer de pulmón y el cáncer colorrectal (con un incremento en la incidencia del 1,2%). En mujeres, ocupa el tercer lugar después del cáncer de mama y pulmón.

Respecto a la supervivencia, el último estudio específico sobre supervivencia de pacientes oncológicos en España, realizado por la Red Española de Registros de Cáncer (REDECAN) para pacientes adultos, diagnosticados durante 2008-2013 muestra que la supervivencia neta a cinco años estandarizada por edad para el cáncer de colon fue de 63,3% (IC 95%: 62,6-64,0) y de 61,1% (IC95%: 60,1-62,1) para el cáncer de recto. Entre las neoplasias malignas más comunes, los mayores aumentos absolutos en la supervivencia se observaron para los cánceres de colon (5,0%, IC 95%: 4,0-6,0%) y rectal (4,5%, IC 95%: 3,2-5,9%).²

02.2/ Factores de riesgo del cáncer colorrectal

Las causas exactas del cáncer colorrectal no se conocen en la mayoría de los casos, aunque se sabe que existen unos factores de riesgo que favorecen su aparición. Los factores de riesgo incrementan la probabilidad de padecer dicho tumor.

En el cáncer de colon y recto los factores que en mayor o menor proporción incrementan el riesgo de padecer este tumor son:

Tabaco:

aumenta el riesgo de padecer pólipos, que suelen ser los precursores del cáncer colorrectal.

Alcohol:

parece que el alcohol actúa favoreciendo el crecimiento de las células de la mucosa del colon, dando lugar a la aparición de pólipos.

Dietas ricas en grasas animales (carnes rojas) y pobres en fibra y pobres en fruta y verdura fresca.

Sedentarismo:

una vida sedentaria favorece el riesgo de aparición de esta enfermedad. Hacer ejercicio y mantenerse activo es importante para evitar este punto.

Otros factores de riesgo no modificables son:

Edad:

el riesgo de padecer la enfermedad aumenta con los años, ya que aumenta la aparición de pólipos en el colon y recto.

Historial personal de pólipos adenomatosos:

la aparición de pólipos adenomatosos aumenta el riesgo de padecer la enfermedad. Los pólipos pueden ser neoplásicos (adenomas tubulares, vellosos o tubulo-vellosos) o no neoplásicos (hiperplásicos, inflamatorios). El riesgo de desarrollar un cáncer en el pólipo es diferente según el tipo de pólipo.

Historial personal de cáncer colorrectal:

las personas diagnosticadas de un cáncer a este nivel poseen un riesgo incrementado para padecer un segundo tumor en el colon o recto.

Diabetes tipo 2:

Las personas con diabetes no insulino dependiente (tipo 2), presentan un mayor riesgo de padecer cáncer de colon.

Enfermedades inflamatorias intestinales:

Los antecedentes de enfermedades inflamatorias intestinales están presentes en menos del 1% de todos los cánceres colorrectales. Los dos tipos principales de enfermedades inflamatorias a este nivel son la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn.

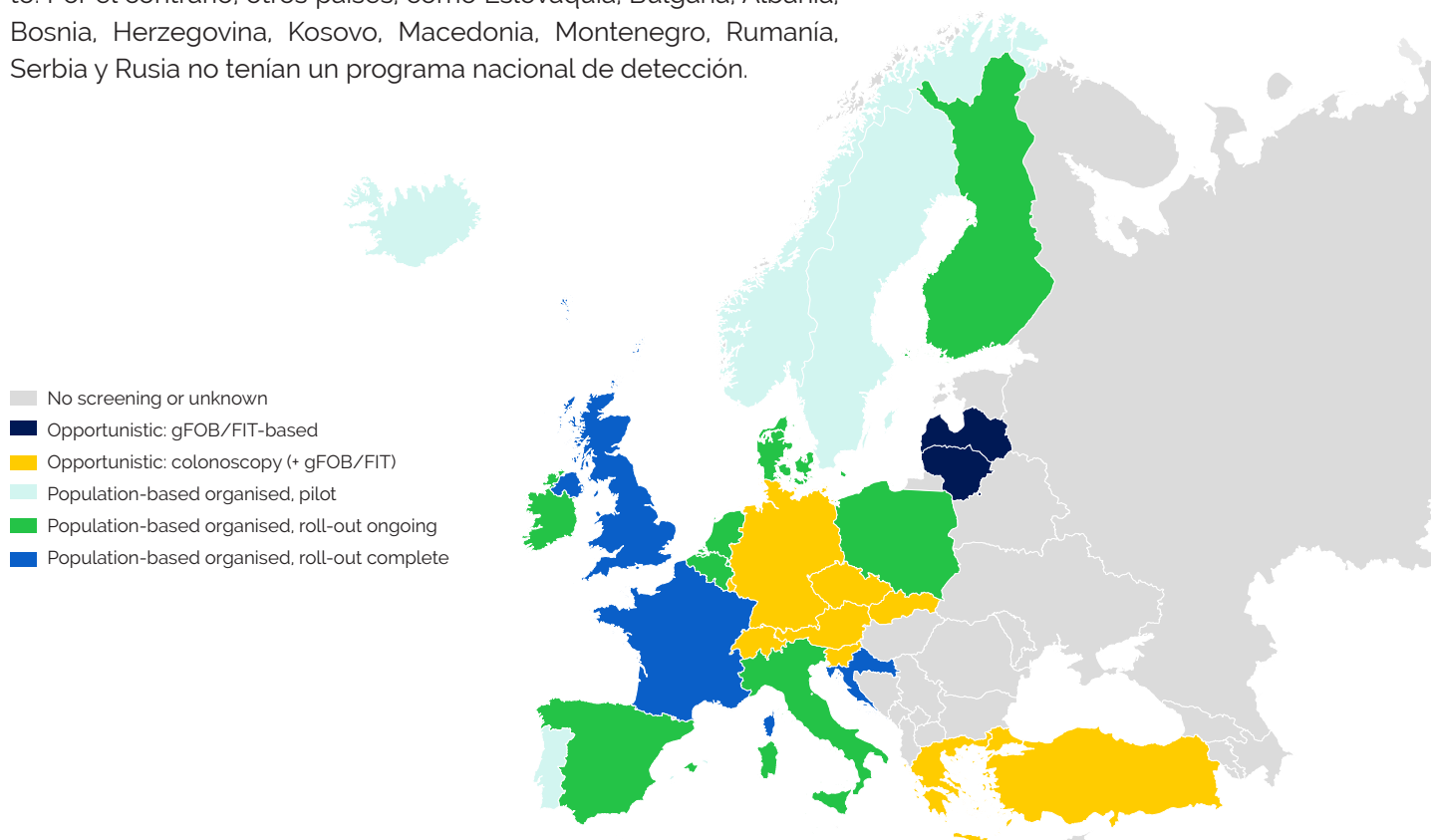
Finalmente, es importante distinguir entre una **cierta agrupación familiar** (hasta un 25% de los pacientes tienen un familiar afecto), la existencia de un componente hereditario (< 10% de todos los casos) y por último la existencia de síndromes que predisponen al desarrollo de un cáncer de colon (< 5% de todos los casos).

02.3/ Programas de detección de cáncer colorrectal: contexto europeo

En 2003, el Consejo de la Unión Europea recomendó que todos los Estados miembros deberían establecer programas de detección temprana de CCR para hombres y mujeres de 50 a 74 años, con prueba de sangre oculta en heces (TSOH) anuales o bienales, seguidos de colonoscopia, cuando los resultados fuesen positivos³. Siguiendo esta recomendación, se iniciaron varios programas de detección de CCR en Europa, con numerosas variaciones entre países tanto por las prácticas de detección, como por la gestión de los programas (pilotos, oportunistas, poblacionales).

Los datos ofrecidos por Schreuders et al.⁴ y Navarro et al.⁵ muestran que, en el año 2015, la mayoría de los países de Europa habían implementado un programa de detección institucional a nivel nacional: 24 de los 28 países de la Unión Europea. De ellos, 9 países realizaban un programa de tipo oportunista y el resto de los países tenían o estaban comenzando a implementar un cribado organizado. Tal como se muestra en la figura 1, países como Finlandia, Francia, Eslovenia y el Reino Unido habían implementado completamente programas organizados. En Bélgica, los Países Bajos, Dinamarca, Irlanda, Italia, Malta, Polonia y España se estaban lanzando programas en diferentes regiones. En Noruega, Portugal y Suecia estaban en la fase piloto. Por el contrario, otros países, como Eslovaquia, Bulgaria, Albania, Bosnia, Herzegovina, Kosovo, Macedonia, Montenegro, Rumanía, Serbia y Rusia no tenían un programa nacional de detección.

Figura 1: Desarrollo de los programas de cribado en Europa. Adaptado de 4. Schreuders E, Ruco A, Rabeneck L, et al. Colorectal cancer screening: a global overview of existing programmes. Gut. 2015;64:1637-49



Respecto a las tasas de participación de los diferentes programas en Europa, Es difícil hacer una comparación precisa de la adherencia al cribado del CRC entre los países de la Unión Europea ya que existen diferencias entre los programas de detección preventiva en términos de datos actualizados, grupos de edad objetivo, intervalo de detección y la prueba principal utilizada en cada país⁶. Las tasas de participación encontradas en países europeos, con programas similares enfocados en la población de 50 a 69 años, varían desde un 19,9% de Croacia hasta las tasas más elevadas de Italia (54,4%) y Eslovenia (60,4%). Las tasas de participación en el conjunto de países en general superan el mínimo aceptable del 45%, pero no han alcanzado la meta deseada (> 65%). Los programas de detección deben emplear estrategias específicas para atraer a la población objetivo y fomentar la participación. Se necesita una mejor comprensión de las barreras y los facilitadores de la participación para diseñar estrategias que promuevan la equidad en el acceso. La re-

visión de Navarro et al. muestra las grandes variaciones en las tasas de participación entre los programas en los diferentes países. Las tasas más altas se encontraron en los Países Bajos y las más bajas en República Checa⁵.

La mayoría de los países europeos con un programa organizado de detección utilizan como herramienta de detección una prueba de sangre oculta en heces no invasiva, bien la prueba de sangre oculta en heces con guayaco de alta sensibilidad (gFOBt) basada en la detección química de sangre, o la prueba inmunoquímica fecal (FIT) que utiliza anticuerpos para detectar sangre. Observándose que en muchos países los programas basados en gFOBt están cambiando a FIT, como el Reino Unido desde 2014 y Francia desde 2015. Entre los dos tipos de pruebas de sangre oculta en heces, la prueba más utilizada fue la FIT. El uso del FIT ha aumentado las tasas de participación porque es fácil de usar; una sola muestra es suficiente, y no se imponen restricciones dietéticas antes de la prueba⁴.

En la tabla 1 se detalla la situación de los programas de cribado en Europa en función de tipo de programa, año de inicio, prueba utilizada, población invitada y tasas de participación en aquellos casos donde se ha encontrado información disponible.

Tabla 1: Situación de los programas de cribado en Europa. (Elaboración propia)

Situación de los programas en Europa	
España	Programa organizado desde 2014, con FIT bienal para población de 50 a 69 años. Las tasas de participación variaron entre las regiones, pero el promedio fue de 49,2%. Participaron más mujeres que hombres (51,41% vs 47,01%)
Países Bajos	El programa comenzó en 2014, con la prueba FIT para población de 55 a 75. Este programa logró una tasa de participación del 68,2%
Irlanda	En 2012 se incluyó una población de 55 a 74 años y se aplicó el FIT. La tasa de participación fue del 51% (58% mujeres y 42% hombres)
Italia	El programa de cribado se inició con la población de 50-69 años, en 2005-2006, en Lombardía. Posteriormente programa organizado para edades de 44 a 75 con FIT.
Croacia	El programa de detección organizado se implementó en 2007 para la población de 50 a 74 años con G-FOBt bienal. La participación fue baja, alcanzando el 19,9%.
Lituania	El Programa Nacional de Cribado de Lituania comenzó en 2009, para la población de 50 a 74 años. Se aplicó el FIT bienal. La tasa de participación durante 3 años fue del 46%
Eslovenia	El Programa Nacional de Cribado de Eslovenia comenzó en 2009. Este programa realizó un FIT bienal para la población de 50 a 69 años durante 2014 con una tasa de participación del 57,8 % (53,2 % hombres, 62,3 % mujeres).
Inglaterra	El English National Screening Program comenzó en 2006 para la población de 60 a 69 años. Este programa realizó un G-FOBt bienal. La primera ronda se completó en 2010, la tasa de participación fue del 52% (49,6% de los hombres y el 54,4% de las mujeres).
República Checa	Cribado oportunista que comenzó en 2000 para personas de 50 a 54 años. Aplicaron un G-FOBt bienal. En 2009, se introdujo el FIT y se comenzó a aplicar a mayores de 55 años. La cobertura del cribado de CCR en 2010 fue del 22,7%
Francia	El programa de detección organizado que comenzó en 2008 para la población de 50 a 74 años. Aplicaron el G-FOBt. La tasa de participación fue del 34,3%.
Austria	Cribado oportunista desde 1980 para mayores de 40 años con G-FOBt anual
Bélgica	Cribado organizado desde 2009 para población de 50 a 74 G-FOBt bienal
Dinamarca	Cribado organizado desde 2005 para población de 50 a 74 FIT bienal. Tasa de participación 45%
Finlandia	Cribado organizado desde 2004 para población de 60 a 69 G-FOBt bienal. Tasa de participación 62%
Alemania	Cribado oportunista desde 2002 para mayores de 55 años con G-FOBt anual/bienal
Luxemburgo	Cribado oportunista desde 2005 para mayores de 50 años con G-FOBt anual/bienal
Polonia	Cribado organizado desde 2000 para población de 50 a 66 con CO cada 10 años
Suiza	Cribado oportunista desde 2000 para mayores de 50 años con G-FOBt

02.4/ Desarrollo y situación actual de las estrategias de cribado de cáncer colorrectal en España

La Comisión Europea en el año 2003 recomienda la realización de programas de cribado organizado de base demográfica dirigidos a población de riesgo medio (es decir, sujetos de la población con edades comprendidas entre 50-74 años y que no tengan otros factores de riesgo específicos más allá de la edad) utilizando el TSOH con periodicidad bienal⁷.

En España el cribado del cáncer comenzó a principios de la década de 1990 y se ha extendido gradualmente a lo largo de los años⁸. La primera experiencia del cribado para el Cáncer Colorrectal (CCR), a través de programas institucionales, se realizó en Cataluña en el año 2000 a modo de prueba piloto⁹. Posteriormente, en el año 2005 en la Comunidad Valenciana se inició un estudio piloto de cribado de CCR en población de riesgo medio en tres Departamentos de Salud, con el objetivo de valorar la viabilidad organizativa, así como factibilidad de implantación y la aceptación por la población¹⁰. En enero de 2006, en la Región de Murcia, también se inició un programa institucional¹¹.

En el año 2009 la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud (SNS) estableció como objetivo la implantación y extensión del cribado poblacional para el CCR¹². En ella se estableció el cribado para población de riesgo medio-bajo organizado con carácter poblacional, basado en la prueba de sangre oculta en heces (TSOH), cada dos años, para hombres y mujeres en el intervalo de edad de 50 a 69 años. Se marcó el objetivo de un 50% de cobertura para el 2015 y de un 100% para el 2020 y se asignó la evaluación y control de calidad a la Red de Programas de Cribado de Cáncer de España.

Esta estrategia fue refrendada en el año 2013, tras acordar el Consejo Interterritorial del SNS la inclusión de este tipo de cribado en la cartera de servicios comunes del SNS. Dichos acuerdos fueron publicados en el Boletín Oficial del Estado (BOE) con entrada en vigor efectiva en 2014¹³. En la Orden Ministerial se insiste en que la detección precoz del cáncer colorrectal debe hacerse de manera coordinada y protocolizada, estableciéndose un plazo máximo de cinco años para el inicio de los programas en todas las Comunidades Autónomas (CC.AA.), marcando en diez años el tiempo máximo para alcanzar el 100 % de cobertura.

En el año 2013 la cobertura de los programas alcanzaba un 20% en nuestro país, destacando que 11 de las 17 CC.AA. ya reportaban programa (65%), en 2 comunidades estaban realizando pilotos (12%) y 3 referían que comenzarían en el año 2014 (18%) y sólo 1 (5%) no declaraba actividad¹⁴.

Según datos de la Red de Programas de Cribado de Cáncer, la cobertura en el año 2017 fue del 44% de la población diana y la tasa de participación del 46%, con una elevada variabilidad entre CC.AA. (19-74%)¹⁵.

En la actualidad, los datos de cobertura de detección están disponibles para regiones específicas de España, pero no para todo el país¹⁶. Los datos ofrecidos por Molina et al., en cuanto al cribado del cáncer Colorrectal en el año 2020, muestran que no todas las CCAA tenían programas de cribado. Si se constata un aumento en el número de comunidades con programa en el año 2020 respecto al 2013 (n=13 y n=8 respectivamente). Cabe destacar que todos los programas eran de tipo poblacional, con un 69,2% que alcanzaban la implantación total, muy superior al 25% del 2013. Y en cuanto a las tasas de participación alcanzadas se observó un porcentaje del 46,1% en el año 2020.¹⁷

En la última actualización de la Estrategia en cáncer del Sistema Nacional de salud, publicada en 2021, se propone como objetivo obtener un mínimo de 65% de participación en programas de cribado de cáncer colorrectal¹⁸. Sin embargo, los datos más actuales nos indican que aún estamos lejos de alcanzar este objetivo de participación.

02.5/ Participación y factores de inequidad en los programas de cribado de cáncer colorrectal: ¿qué nos dice la literatura?

Para alcanzar el impacto poblacional sobre la mortalidad por CCR con un coste-efectividad adecuado es necesario mejorar la participación. Se requiere un nivel de participación superior al 60% para lograr una reducción coste efectivo de la mortalidad por CCR a nivel poblacional¹⁹. Según los criterios de la Guía Europea de calidad para el cribado de cáncer colorrectal se recomiendan índices de participación superiores al 65%-70%, si bien se explicita un nivel mínimo aceptable del 45%²⁰. En España, como se ha detallado en el apartado anterior, en la última actualización de la Estrategia en cáncer del Sistema Nacional de Salud se propone como objetivo obtener un mínimo de 65% de participación en programas de cribado colorrectal.

La literatura revela que incluso en aquellos programas de cribado de cáncer colorrectal bien establecidos y con alta cobertura de población, existen desigualdades sociales significativas con respecto a la participación. Así variables como el nivel socioeconómico, el género, la edad y etnia generan diferencias claras en las tasas de participación.

Las mujeres y las personas mayores de 60 años muestran las tasas más altas de participación en los programas de cribado^{21,22}. Un estudio realizado en el País Vasco muestra que la tasa de participación global (64,3%) se acerca al objetivo del 65 % fijado por las directrices de calidad europea de 2011, aunque es menor en hombres que en mujeres, y menor en los grupos etarios más extremos, en los más jóvenes y en los mayores. La influencia del nivel socioeconómico en la participación en el programa de cribado varía por sexos, siendo menor en los hombres de clase social más baja (60,3%) y en las

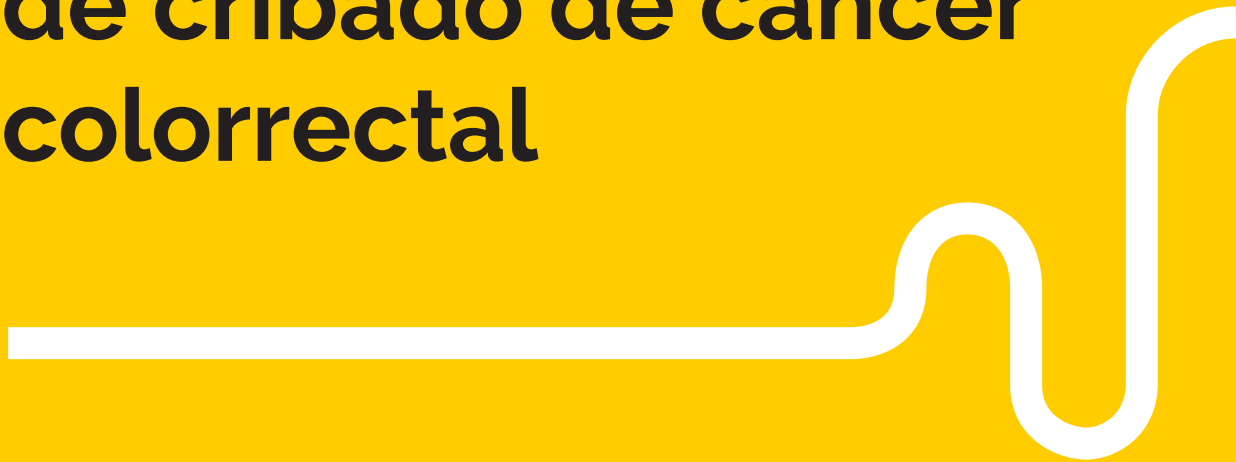
mujeres que ocupan posiciones más altas (65,7%)²³ En el estudio de Frederiksen et al., se analizó en 177.114 personas el efecto de los factores socioeconómicos sobre la participación en los programas de detección sistemática de CCR. Encontraron que una posición socioeconómica baja, medida por la educación, el empleo y los ingresos, estaba fuertemente asociada con una baja participación en los programas de cribados²⁴. La mayoría de los estudios coinciden en que las principales causas de la no participación entre los grupos socioeconómicos más desfavorecidos son: la falta de información sobre la enfermedad, la priorización de otros problemas con mayor impacto en la vida cotidiana y la no comprensión de las comunicaciones escritas que les informan sobre el programa y la invitación a participar en el mismo²⁵.

Otra variable que aparece en la literatura asociada a la participación en el cribado es la relativa a la utilización de atención médica. Las personas que tienen menos contacto con los proveedores de atención médica, como visitas al médico, revisiones, vacunas, etc. tienen una tasa de participación más baja²⁶. La recomendación del médico o de un facilitador informado aumenta la adherencia en los programas de detección precoz del cáncer colorrectal²⁷.

Se ha realizado numerosos estudios que analizan el papel de variables de conocimiento y percepciones y actitudes hacia la prueba de TSHO y los niveles de participación. Así, se ha evidenciado que la percepción sobre la importancia de realizar la prueba, entendida como beneficios de salud obtenidos, y las dificultades percibidas sobre la misma influye en la decisión de participar en un programa de detección. Así, varios estudios mostraron que una alta percepción de riesgo de CRC es un facilitador para la detección del cumplimiento^{28,29,30}. Las percepciones negativas ante las pruebas de detección, como la vergüenza, el miedo o la percepción de que "la detección no es necesaria" se constituyen en barreras que disminuyen los niveles de participación²⁹. La falta de conocimiento sobre la detección del CCR también se ha informado como una barrera respecto a la adherencia a las pautas de cribado³⁰. Los estudios muestran que una mala percepción general de la salud era una barrera y, en otros estudios, un facilitador. La autoeficacia es vista como un facilitador²⁹.

03/

**Conocimiento,
actitudes y
comportamientos
de las personas
de 50 a 69 años
sobre los programas
de cribado de cáncer
colorrectal**



Tal como se ha comentado, en apartados anteriores el abordaje de cribado de cáncer colorrectal supone una elevada complejidad organizativa asistencial y de impacto poblacional que hace recomendable establecer mecanismos que faciliten la toma de decisiones a través del mayor conocimiento posible sobre las variables implicadas. Sin duda, existe un grado de consenso científico-técnico sobre la necesidad de superar ciertas tasas de participación para asegurar una reducción de la mortalidad por CCR a nivel poblacional. Sin embargo, aún es necesario conocer con mayor detalle aquellas variables que se encuentran asociadas a las actitudes, percepciones y conocimientos que la población tiene sobre el programa de cribado en general y a la participación en particular. Esta información proporcionará elementos para la mejora de la calidad asistencial en prevención secundaria del cáncer colorrectal.

03.1/ Objetivos

El presente estudio tiene como objetivo general caracterizar la situación general de los programas de cribado colorrectal: conocimiento, actitudes y percepciones de la población de 50 a 69 años en función de diferentes perfiles sociodemográficos.

- Detectar y analizar el peso de barreras hacia la participación en los programas, una vez recibida (o de haberse recibido) una invitación para sumarse a los mismos.
- Evaluar la experiencia vivida durante la participación y la importancia atribuida a estos programas.
- Localizar elementos de mejora en la participación, especialmente a nivel de comunicación: análisis de representaciones sociales, discursos y actitudes de diferentes perfiles sociodemográficos de la población objeto de estudio.
- Analizar las causas que llevan a los ciudadanos a la no realización estas pruebas déficit informativo, déficit de cobertura del programa, percepciones y creencias.

03.2/ Metodología

03.2.1. Ficha Técnica

Han participado en el estudio hombres y mujeres, de 50 a 69 años, residentes en cualquier punto del territorio nacional (Península e Islas Canarias, Islas Baleares, Ceuta y Melilla). Se han realizado un total de 5.313 entrevistas, distribuidas proporcionalmente, mediante cuotas, según las variables sexo y edad de la población objetivo, y con un reparto zonal estratégico, al objeto de poder contar con base muestral suficiente en todas las CC.AA: asignación fija inicial de 150 entrevistas en cada Comunidad y el resto mediante reparto proporcional por CC.AA. en función de su peso dentro del universo

de estudio. El error estadístico máximo de los datos globales asociados a esta muestra es de +/- 1,3%, bajo los estándares del muestreo aleatorio simple, en el más desfavorable de los casos (P=Q=50) y con un nivel de confianza del 95,5%. En la tabla 2 se detalla el número de entrevistas y los errores estadísticos máximos por CC.AA.

Tabla 2. Distribución número de entrevistas por CCAA

Comunidad autónoma	Nº de entrevistas	Error estadístico máximo
Andalucía	592	(4,1%)
Cataluña	550	(4,3%)
Comunidad de Madrid	501	(4,5%)
Comunidad Valenciana	420	(4,9%)
Galicia	305	(5,7%)
Castilla y León	294	(5,8%)
País Vasco	277	(6,0%)
Canarias	267	(6,1%)
Castilla La Mancha	257	(6,3%)
Aragón	222	(6,7%)
Murcia	212	(6,9%)
Asturias	206	(7,0%)
Extremadura	201	(7,1%)
Baleares	195	(7,1%)
Navarra	172	(7,5%)
Cantabria	179	(7,5%)
La Rioja	152	(7,8%)
Ceuta	152	(7,9%)
Melilla	159	(7,7%)

La técnica empleada ha sido entrevista online (sistema CAWI), mediante aplicación de un cuestionario de una duración media de 14 minutos, mediante uso de un amplio y contrastado panel nacional de ciudadanos colaboradores para todo el territorio nacional salvo Ceuta y Melilla. En las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla se han realizado los trabajos de recolección de información por medio de entrevistas telefónicas (Sistema CATI) con una duración media de 18 minutos. El cuestionario, de tipo estructurado y cerrado, fue diseñado conjuntamente por la Asociación Española Contra el Cáncer y Kantar Public. Campo inicial: estudio CAWI del 22 de junio al 5 de julio de 2022. El campo CATI: Ceuta y Melilla del 12 de diciembre al 19 de diciembre de 2022.

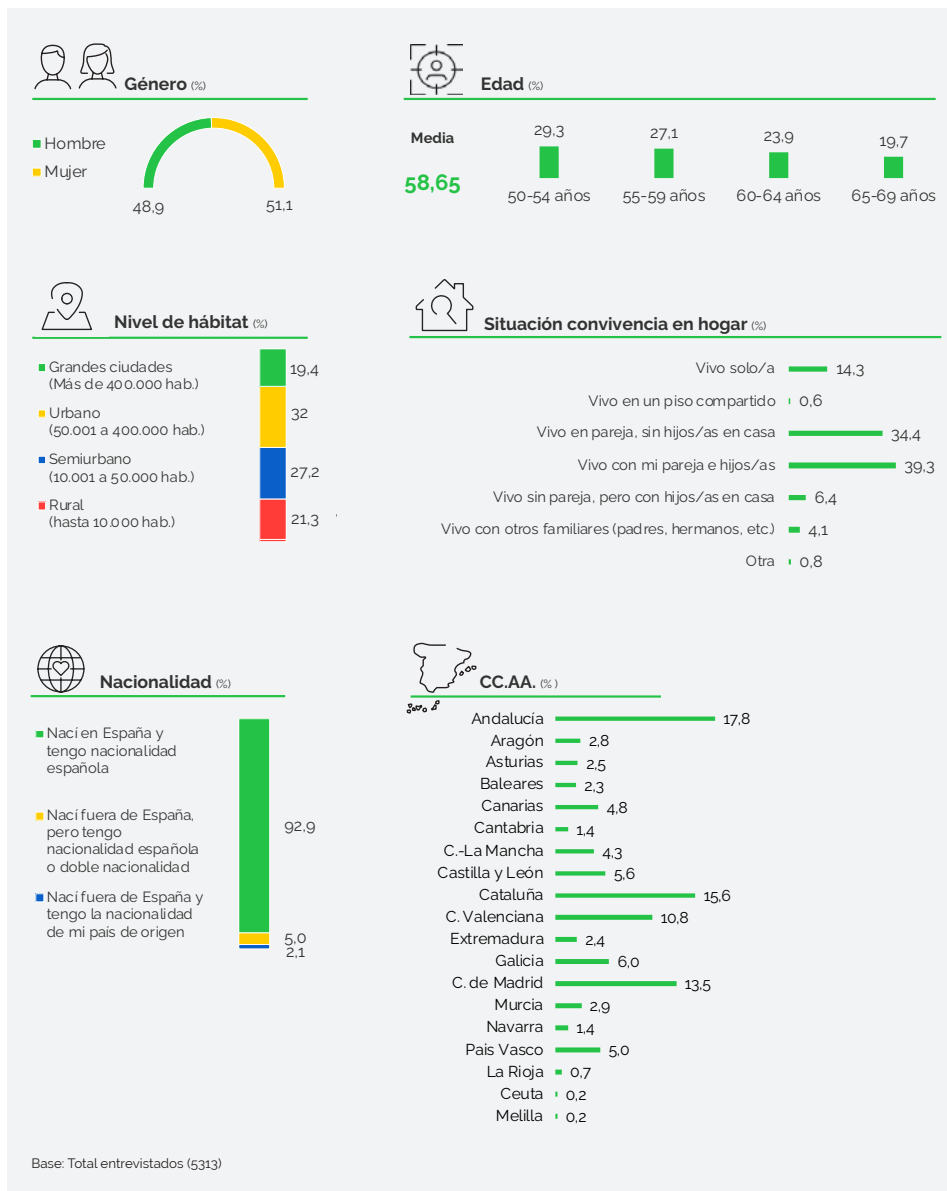
El cuestionario aplicado ha incluido indicadores básicos de información que han permitido caracterizar la situación general del programa de detección precoz del cáncer colorrectal (conocimiento, actitudes y percepciones de su población objetivo); detectar y analizar el peso de los mecanismos de impulso y las barreras hacia la participación en el programa una vez recibida la invitación para sumarse al mismo; y, en su caso, evaluar la experiencia vivida durante la participación y la

importancia atribuida a este programa, detectando puntos positivos y sobre todo también posibles puntos desfavorables y/o elementos de mejora. También ha incluido unos indicadores centrales de información que se han complementado con otros de contexto, relativos al estado de salud (auto percepción) y contacto de esta población con la asistencia médica en general y con los chequeos sanitarios en particular, recogiendo también sus actitudes sobre este tipo de pruebas/revisiones médicas.

03.2.2. Perfil de la muestra de estudio

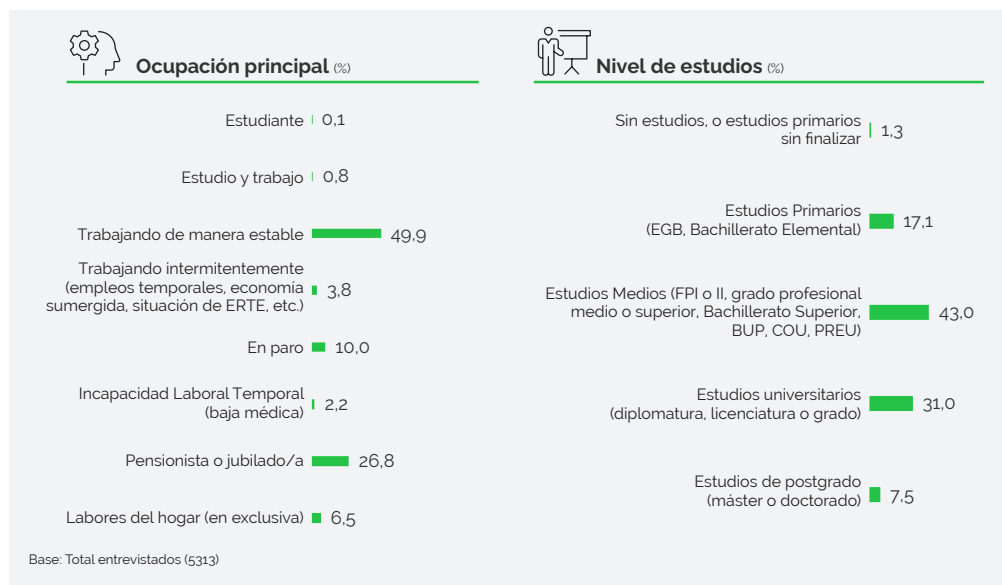
Los encuestados se han repartido a partes iguales entre hombres y mujeres, con una edad media global de casi 59 años. Distribuidos entre los distintos niveles de hábitat (rural, urbano, etc.). La mayoría de las personas participantes viven en pareja, con hijos (39,3 %) o sin hijos (34,4 %) en casa. Casi el 93% nació en España.

Figura 2: Perfil de la muestra



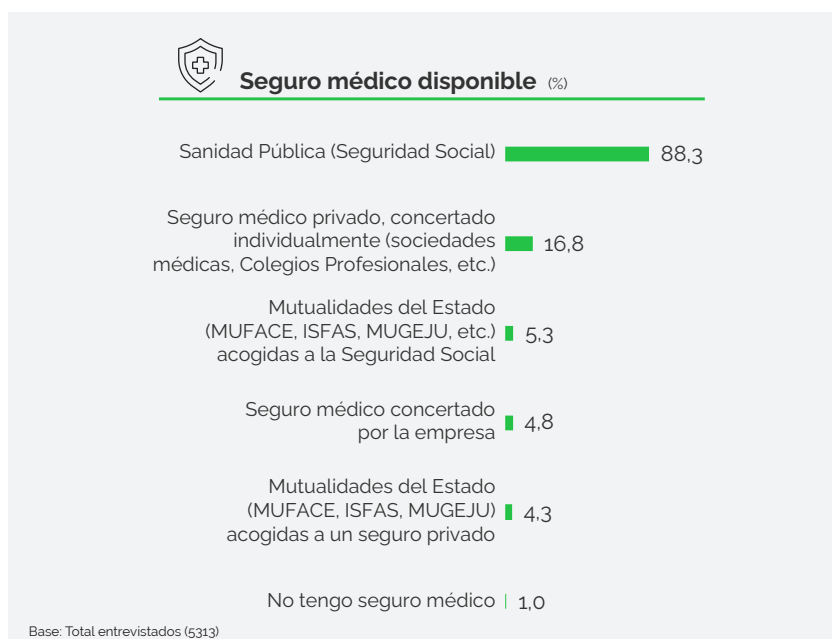
La situación ocupacional de los participantes muestra que, la mitad de las personas encuestadas (49,9%) trabaja de manera estable en la actualidad, mientras que un 26,8% es pensionista o jubilado, y un 10% está desempleado. Por nivel de estudios, una mayoría relativa, del 43,0%, finalizó estudios medios, mientras que cerca de otro 40% alcanzó estudios universitarios (31,1%) o de postgrado (7,5%).

Figura 3: Situación ocupacional y estudios (%)



En cuanto a seguro médico disponible, más allá de la sanidad pública (Seguridad Social), algo más de una quinta parte tiene seguro médico privado concertado individualmente (16,8%) o a través de su empresa (4,8%); y casi un 10% está adscrito a alguna Mutualidad del Estado acogida a la Seguridad Social (5,3 %) o algún seguro privado (4,3%). (Figura 4)

Figura 4: Seguro médico (%)



03.3/ Resultados

03.3.1 Estado de salud y estilo de vida

Respecto a la percepción de estado de salud en el último año, 7 de cada 10 encuestados valoran positivamente su estado de salud, calificándolo como bueno (55,2%) o muy bueno (13%), existiendo una cuarta parte (25,4%) que tiende a calificarlo como regular, y un 6,3% que afirma que es malo o muy malo. Pese a no encontrar diferencias entre los entrevistados que declaran haber tenido un estado de salud muy bueno, sí se observan entre los que declararon haber tenido un estado de salud bueno, en el que el que se sitúan el 57,8% de los hombres y el 51,6% de las mujeres. (Figura 5)

El 23,3% de los hombres y el 28,50% de las mujeres consideraron que su estado de salud en el último año fue regular, esta preponderancia de la mujer en una peor autopercepción del estado de salud se mantiene en el resto de las categorías, aunque se atenúa de forma progresiva. Agregando las categorías muy bueno y bueno observamos que el 71,2% de los hombres y el 64,2% de las mujeres calificaron su estado de salud en el último año de forma positiva, mientras que el 28,8% de los hombres y el 35,8% de las mujeres se ubicaban en categorías con connotación negativa. También se han encontrado diferencias claras en la concepción del estado de salud en función del nivel de estudios, la proporción de sujetos con una percepción positiva va aumentando a medida que aumenta el nivel de estudios desarrollado, desde un 59% en los entrevistados con estudios primarios hasta un 72% en aquellos que tiene estudios superiores. (Figura 6)

Figura 5: Valoración del estado de salud en los últimos 12 meses por sexo (%)

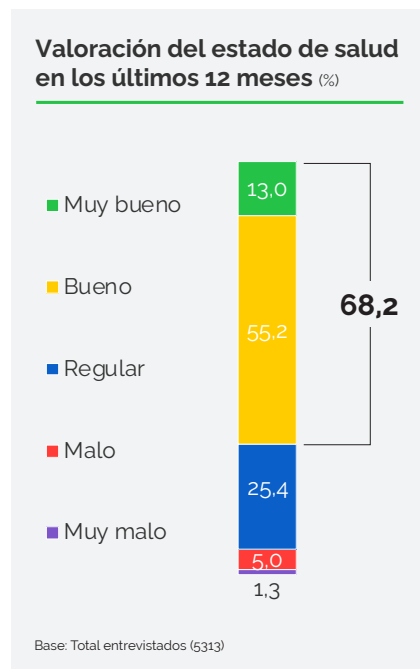
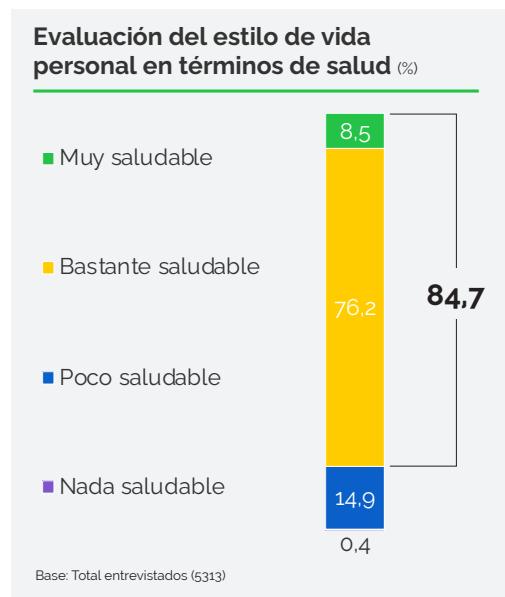


Figura 6: Valoración del estado de salud en los últimos 12 meses por sexo, edad, hábitat y nivel de estudios (%)

Datos en %	Total	Sexo		Edad				Nivel de hábitat				Estudios		
		Hombre	Mujer	50-54	55-59	60-64	65-69	Rural	Semiurbano	Urbano	Grandes urbes	Hasta primarios	Medios	Superiores
Muy bueno	13,0	13,3	12,4	14,7	12	12,3	11,9	12	12,3	12,8	15,1	11	12,3	14,4
Bueno	55,2	58	51,1	54,2	53,7	54,5	55,6	54,2	54,3	55,1	53,4	48	54,7	57,6
Regular	25,4	23,2	29,2	24,9	27,5	25,8	27,2	26,8	27,2	25,8	24,9	33,1	26,6	22,2
Malo	5,0	4,3	5,5	4,5	5,3	6	3,6	5,8	4,6	4,7	4,7	5,1	5	4,7
Muy malo	1,3	1,2	1,9	1,7	1,4	1,4	1,7	1,2	1,6	1,6	1,8	2,8	1,4	1,0
Muy bueno +bueno	68,3	71,3	63,4	68,9	65,7	66,8	67,5	66,2	66,6	67,9	68,5	59	67	72
Regular+Malo +Muy malo	31,7	28,7	36,6	31,1	34,3	33,2	32,5	33,8	33,4	32,1	31,5	41	33	28
Base: Total entrevistados	(5.313)	(2.598)	(2.715)	(1.558)	(1.111)	(1.268)	(1.045)	(1.149)	(1.408)	(1.940)	(817)	(1.061)	(2.254)	(1.998)

Las posiciones a la hora de valorar su estilo de vida son aún más positivas, incrementándose hasta un 85% de los encuestados que consideran que el tipo de vida que lleva es muy saludable (8,5%) o bastante saludable (76,2%). Solo 1 de cada 7 personas (15,3 %) reconoce un estilo de vida deficiente en términos de salud. (Figura 7)

Figura 7: Valoración del estilo de vida en los últimos 12 meses (%)



La autoevaluación sobre el estilo de vida varía fundamentalmente con respecto a las variables edad y nivel de estudios. Así, vemos que la valoración es más positiva en las personas con mayor edad, pasando de un 81,4% en el grupo etario de 50 a 54 años hasta un 91,5% en los mayores de 65 años. En la misma línea encontramos valoraciones más positivas en los participantes con un nivel de estudios superior. (Figura 8)

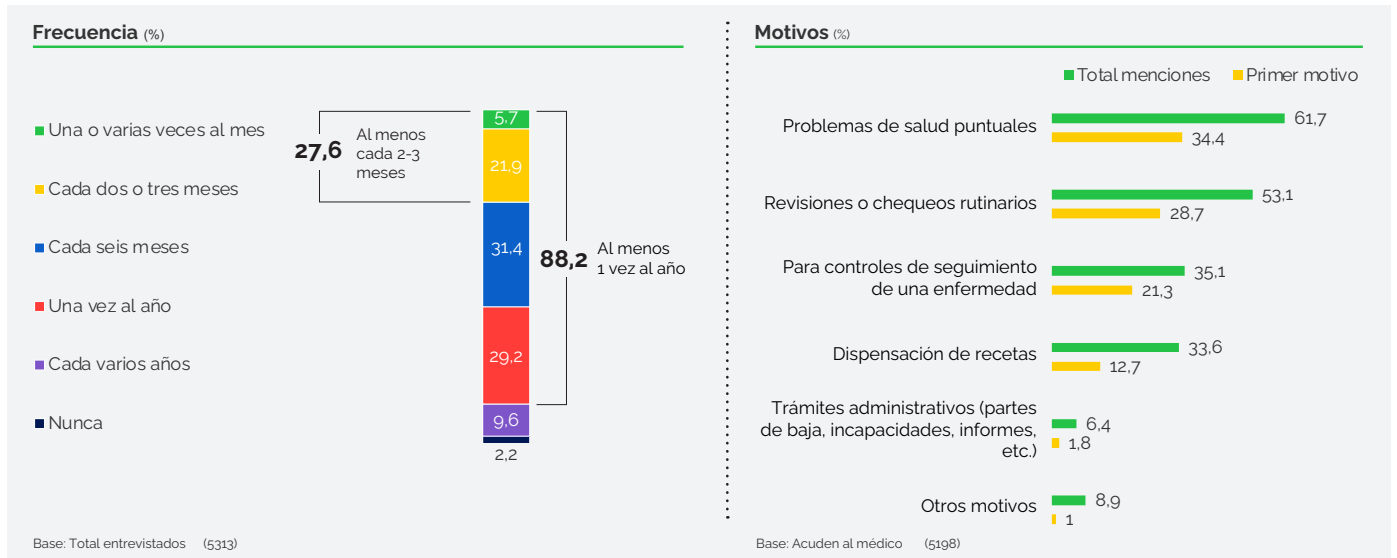
Figura 8: Valoración del estado de salud en los últimos 12 meses por sexo, edad, habita y nivel de estudios (%)

Datos en %	Total	Sexo		Edad				Nivel de habitat				Estudios		
		Hombre	Mujer	50-54	55-59	60-64	65-69	Rural	Semiurbano	Urbano	Grandes urbes	Hasta primarios	Medios	Superiores
Muy saludable	8,5	7,2	9,9	7,7	6,4	9,7	11,6	9,1	8,5	8,6	8	9,4	7,3	9,6
Bastante saludable	76,2	76,8	75,3	73,7	75,4	76,5	79,8	76,1	76,3	76	75,5	71,2	77,1	77,4
Poco saludable	14,9	15,5	14	17,8	17,6	13,4	7,8	14	14,6	14,7	16	18	15	12,7
Nada saludable	0,4	0,5	0,8	0,9	0,6	0,4	0,7	0,8	0,6	0,7	0,5	1,5	0,5	0,4
Muy bueno +bueno	84,7	84	85,2	81,4	81,8	86,2	91,5	85,2	84,8	84,6	83,5	80,6	84,5	87
Regular+Malo +Muy malo	15,3	16	14,8	18,6	18,2	13,8	8,5	14,8	15,2	15,4	16,5	19,4	15,5	13
Base: Total entrevistados	(5.313)	(2.598)	(2.715)	(1.558)	(1.442)	(1.268)	(1045)	(1.149)	(1.408)	(1.940)	(817)	(1.061)	(2.254)	(1.998)

03.3.2. Uso de servicios sanitarios y participación en revisiones médicas

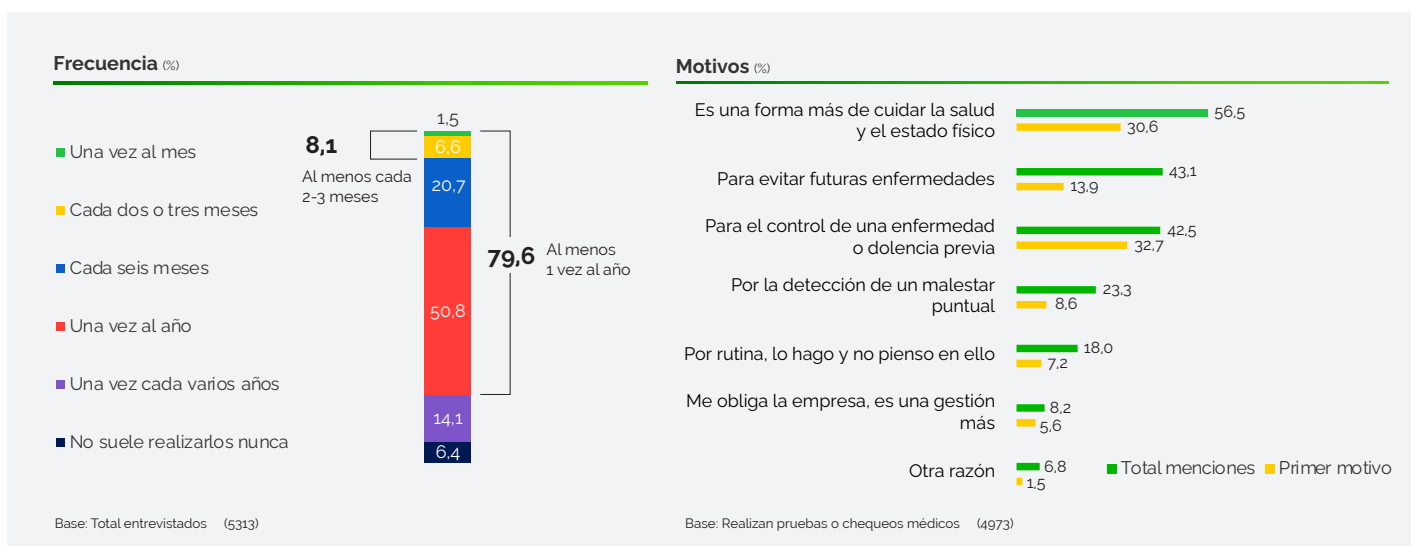
Cerca del 90% de las personas encuestadas confirma acudir al médico al menos una vez al año, con un 27,6% que dice hacerlo al menos una vez cada dos o tres meses y otro 31,4% que lo visita cada semestre. Frente a ello, el 11,8% indica una frecuencia inferior, por la que pueden pasar varios años sin acudir al médico (9,6%) o, aunque pocos, otro 2,2% que directamente reconoce no visitarlo nunca. Entre los principales motivos por los que se señala acudir al médico, aparecen en primer lugar los problemas de salud puntuales, seguidos por las revisiones o chequeos rutinarios, situándose como tercer motivo más destacado el relativo a los controles de seguimiento de alguna enfermedad. Vale la pena reparar en que, en la suma de todas las menciones recogidas en este indicador, cobra también un peso no despreciable las visitas que tienen que ver con la dispensación de recetas. (Figura 9)

Figura 9: Frecuencia de asistencia médica y motivos



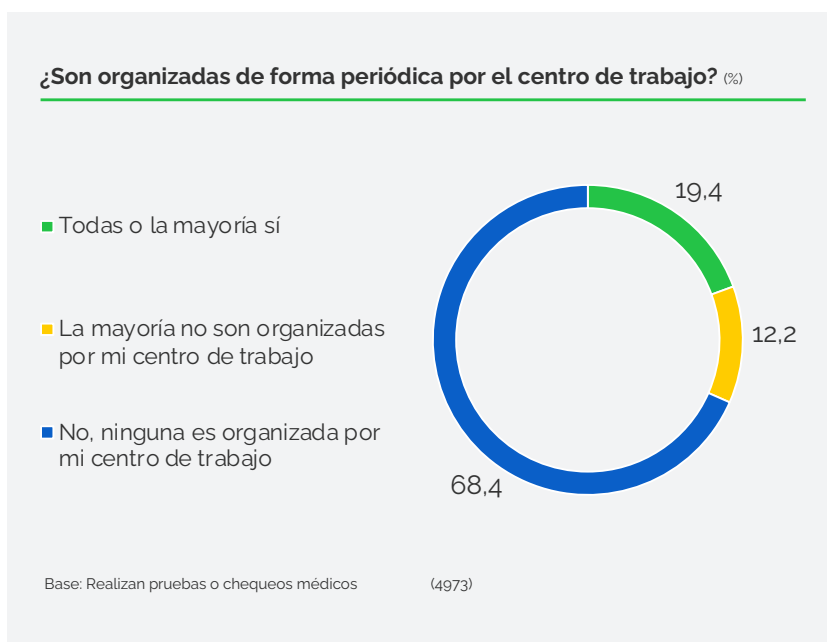
Al profundizar sobre la frecuencia con la que los ciudadanos acostumbra a realizarse pruebas o chequeos médicos, vemos que 8 de cada 10 afirman realizarlas al menos una vez cada año y cerca del 30% cada seis meses. Únicamente un 6,4% señala que nunca se ha realizado este tipo de pruebas o revisiones. En el ranking de las razones citadas para realizar las revisiones destacan dos opciones que presentan un peso similar: por un lado, “el control de una enfermedad o dolencia previa” (32,7%) y en segundo lugar “cuidar la propia salud y el estado físico” (30,6%), ambas por delante de la idea de evitar futuras enfermedades (13,9%). Cuando se suman todas las respuestas (en primera o segunda instancia) ofrecidas por los encuestados que, con más o menos frecuencia sí confirman realizarse estas pruebas, el ranking de las principales motivaciones sitúa en primer lugar el cuidado de la salud y el estado físico, en segundo lugar, el hecho de que sirvan para evitar futuras enfermedades, prácticamente a la par de la tercera clave que impulsa la realización de estos chequeos, el control de enfermedades o dolencias ya existentes. (Figura 10)

Figura 10: Frecuencia de realización de pruebas y revisiones médicas y motivos



Se analizó el papel que tienen los centros de trabajo en la realización de dichas revisiones/pruebas médicas. Los datos nos indican que solo una quinta parte (19,4%) de las personas que acostumbran a realizar chequeos médicos confirma que estas pruebas (todas o la mayoría) son organizadas de forma periódica por su centro de trabajo. Incluso entre las personas con un trabajo estable, sólo un tercio (31,6%) afirma que estas pruebas son organizadas por su empresa. Confirmándose, por tanto, que la gran mayoría de estos chequeos médicos son ajenos a las iniciativas o protocolos de los centros de trabajo. (Figura 11)

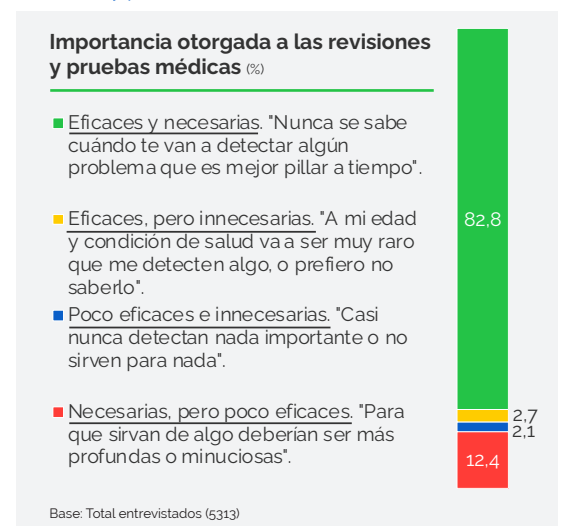
Figura 11: ¿las pruebas y revisiones médicas son organizadas por su centro de trabajo? (%)



Existe una imagen muy positiva acerca del valor ofrecido por las revisiones/pruebas médicas, así más del 91% de las personas, independientemente de si se las realiza o no, las consideran como una práctica recomendable. En términos de importancia otorgada a las mismas, un 82,8% las califica como eficaces y necesarias, bajo la idea de que permite detectar de forma temprana problemas de salud. El restante 17,2% tiende a minimizar el valor de este tipo de pruebas médicas, por falta de eficacia, por innecesarias o por una mezcla de ambos aspectos, destacando en este segmento ese 12,4% de personas que, aunque necesarias, las perciben como poco eficaces al considerar que "para que sirvieran de algo deberían ser más profundas o minuciosas". (Figura 12)

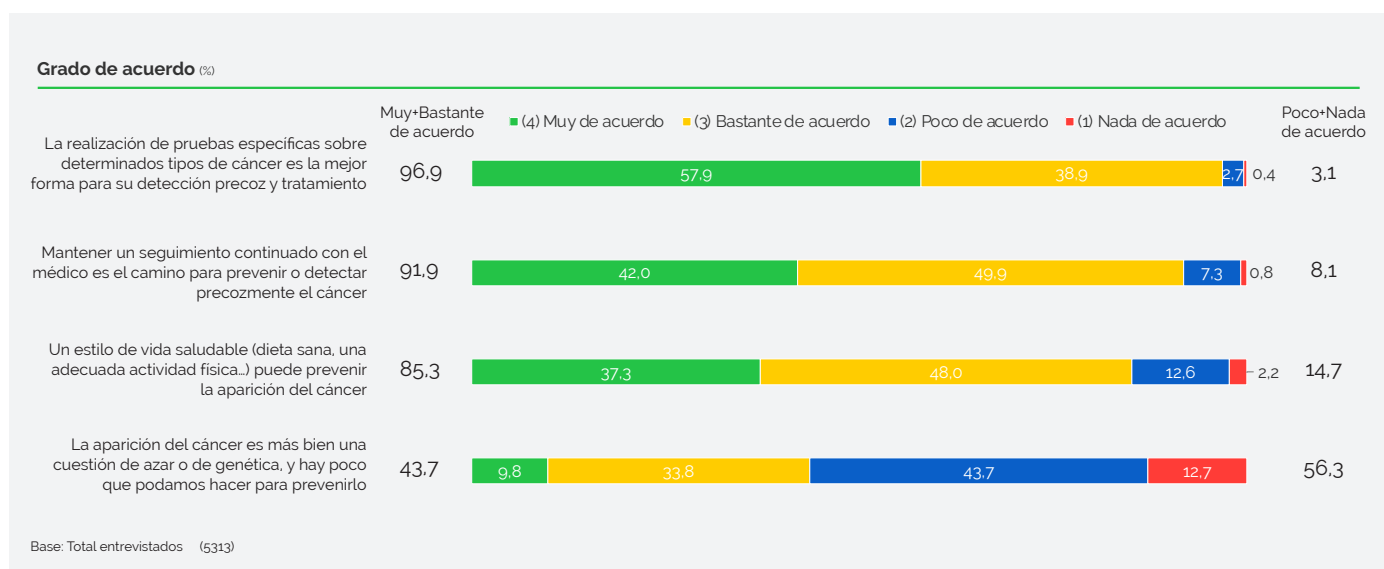
Profundizando en las actitudes y percepciones de la población objeto de estudio con relación a este tipo de pruebas o revisiones médicas, existe un alto grado de consenso a la hora de considerarlas como

Figura 12: Importancia otorgada a las revisiones y pruebas médicas (%)



la mejor forma para la detección precoz y tratamiento del cáncer (96,9%). La inmensa mayoría considera también que mantener un seguimiento continuado con el médico es el camino para prevenir o detectar precozmente el cáncer (91,9%) y que un estilo de vida saludable (dieta sana, una adecuada actividad física, etc.) puede prevenir la aparición del cáncer (85,3%). En este espectro de actitudes favorables, un 56,4% de las personas tiende a restar potencia o credibilidad a cuestiones como el azar o la genética como determinantes para la aparición de un cáncer, una opinión, que si parece estar, con mayor o menor fuerza, en la conciencia de algo más del 40% de la población. (Figura 13)

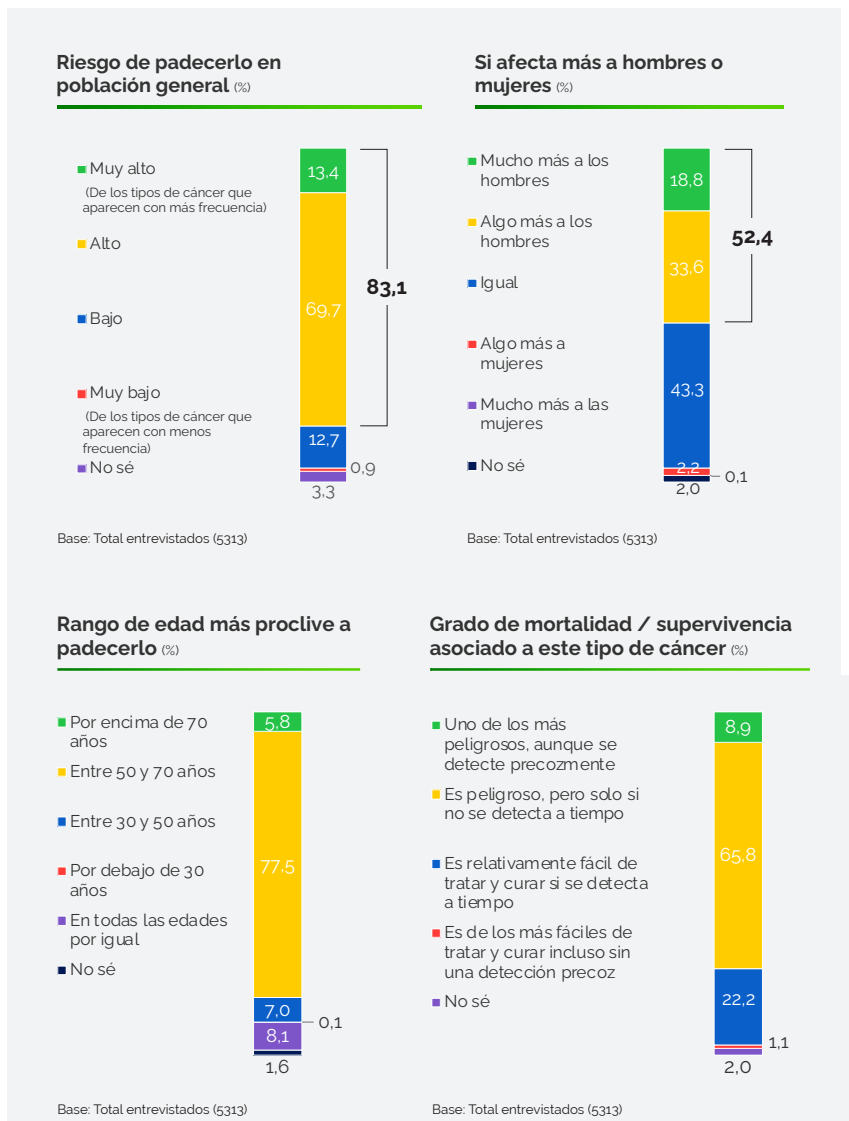
Figura 13: Importancia otorgada a las pruebas para la detección o prevención del cáncer



03.3.3 El cáncer colorrectal: conocimiento, valoración y percepciones

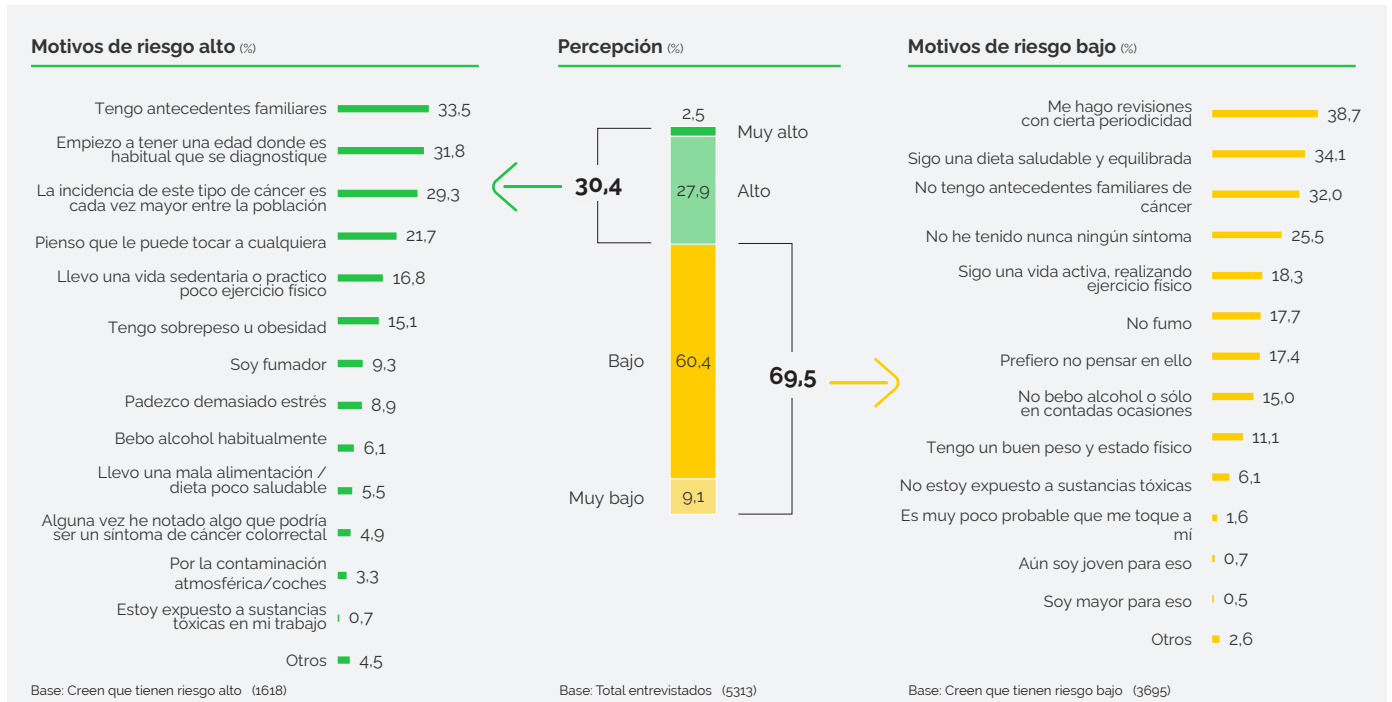
Si atendemos al nivel de conocimiento general del cáncer colorrectal, la práctica totalidad de la población encuestada, el 97,6%, conoce o ha oído hablar de este tipo de cáncer. Si se profundiza en la información y creencias presentadas vemos que un amplio 83,1% considera que en la actualidad existe un riesgo alto o muy alto de padecer este cáncer. Más de la mitad (52,4%) cree que afecta más a los hombres que a las mujeres frente a solo un 2,3% que opina en sentido contrario, mientras que el 43,3% considera que afecta por igual a ambos sexos. En cuanto al rango de edad más proclive a padecerlo, la mayoría amplia (77,5%) tiende a mencionar su propio rango de edad, el de personas entre 50 y 70 años. Dos tercios de la población encuestada (65,8%) considera que es un cáncer peligroso, pero solo si no se detecta a tiempo, existiendo otro 22,2% que refuerza esta idea al mantener que es relativamente fácil de tratar y curar si se detecta a tiempo. En el otro extremo, un 8,9% lo califica como uno de los más peligrosos incluso aunque se detecte precozmente (Figura 14).

Figura 14: Creencias y opiniones sobre el cáncer colorrectal



Al analizar la percepción del riesgo personal de padecer cáncer colorrectal, cerca de un tercio de los encuestados consideran que tiene un riesgo personal alto (27,9%) o muy alto (2,5%), frente a un mayoritario 69,5% que lo considera bajo o muy bajo. Entre las personas que auto perciben un riesgo alto o muy alto, los principales motivos que mencionan tienen que ver con antecedentes familiares, su edad, la sensación de que la incidencia de este cáncer es cada vez mayor, y de forma relevante también, si se analizan de forma agregada, toda una serie de factores de riesgo, como serían: la vida sedentaria y el sobrepeso, una mala alimentación en general y el consumo de tabaco y alcohol. En cuanto a los motivos del riesgo bajo, siempre en términos de percepción, recogidos entre ese mayoritario 69,5% de encuestados que creen tener reducidas posibilidades de ser diagnosticados de este tipo de cáncer, destacan sobre todo la realización de revisiones o chequeos periódicos, seguir una dieta saludable y equilibrada, la falta de antecedentes familiares y el propio hecho de no tener ningún síntoma. De la misma manera, el análisis agregado de los factores de riesgo mencionados, en este caso por el hecho de evitarlos, los sitúa con una relevancia evidente en este ranking. (Figura 15)

Figura 15: Percepción del riesgo personal de padecer cáncer colorrectal. Motivos



03.3.4 Información y valoración sobre el programa de detección precoz del cáncer colorrectal y Conocimiento de la prueba TSOH

Una amplia mayoría de los encuestados (82,4%) conoce o ha oído hablar del programa de cribado de cáncer colorrectal. En términos globales la inmensa mayoría de los encuestados ofrece una valoración favorable de este programa, calificándolo como muy positivo (72,8%) o positivo (24,3%). (Figura 16)

En este contexto, cerca de 7 de cada 10 personas (68,6 %) se muestran críticos con el grado de información que recibe la población sobre el programa de cribado de cáncer colorrectal, frente a un 26,3% que valora en términos favorables el nivel informativo de la población al respecto. (Figura 17)

El nivel de conocimiento de la prueba de TSOH es aún superior. Los encuestados de forma mayoritaria (86,8%) conoce o ha oído hablar de la prueba de sangre oculta en heces (TSOH). Si bien, es necesario destacar que aún un 13,2% de la población española objeto del programa de cribado de cáncer colorrectal no tiene ningún conocimiento sobre la prueba.

El análisis del grado de conocimiento en función de las diferentes variables sociodemográficas refleja que: es superior en el colectivo de las mujeres frente al de hombres (87,5% y un 82,8% respectivamente) y en el grupo de personas con un mayor capital cultural (87,6%). El nivel de conocimientos de la prueba en función de la edad muestra que los grupos de menor edad presentan un menor conocimiento de esta. (Figura 18)

Figura 16: Conocimiento del programa (%)

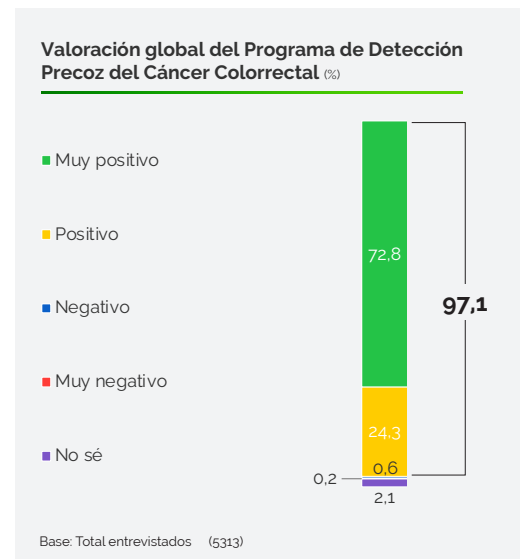


Figura 17: Valoración del conocimiento sobre programa de prevención del cáncer colorrectal (%)

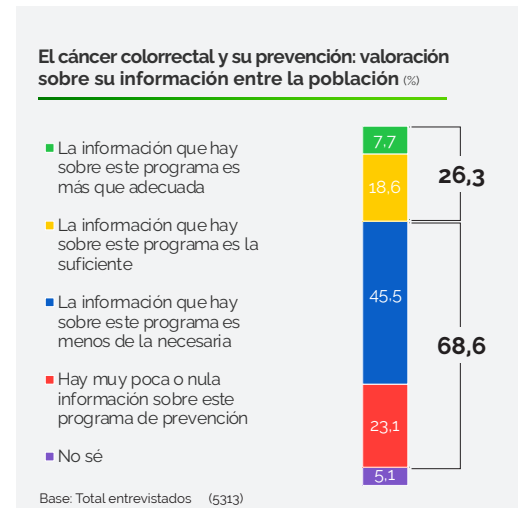
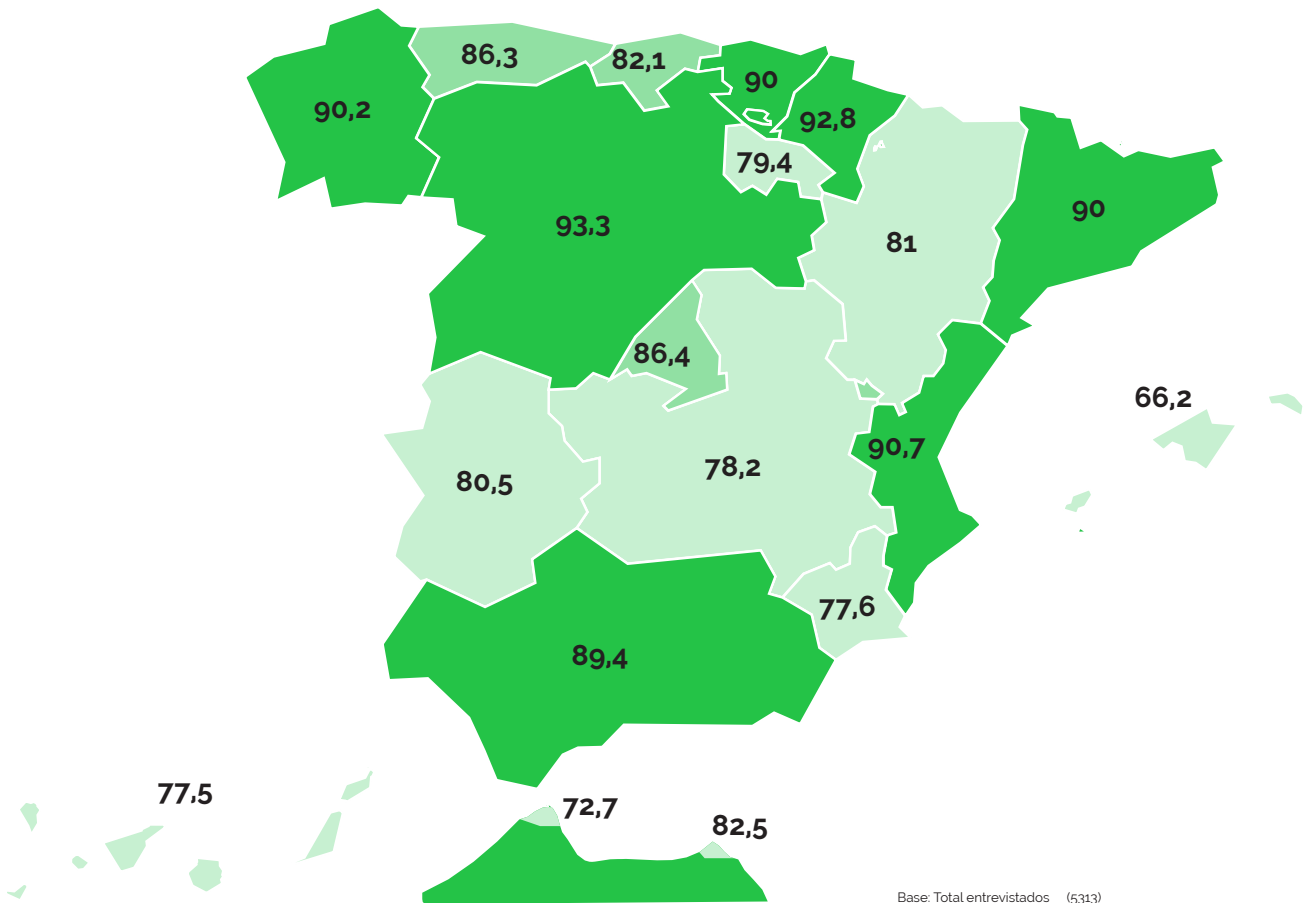


Figura 18: Conocimiento de la prueba TSOH y variables sociodemográficas

Datos en %	Total	Sexo		Edad				Nivel de habitat				Estudios		
		Hombre	Mujer	50-54	55-59	60-64	65-69	Rural	Semiurbano	Urbano	Grandes urbes	Hasta primarios	Medios	Superiores
Si se conoce o se ha oído hablar del Programa de Detención Precoz del Cáncer Colorrectal														
Sí	86,8	82,8	87,5	79	85,4	90,1	88,1	85,1	86,1	85,5	82,9	81,1	85	87,6
No, creo que nunca he oído hablar de ello	13,2	17,2	12,5	21	14,6	9,9	11,9	14,9	13,9	14,5	17,1	18,9	15	12,4
Base: Total entrevistados	(5.313)	(2.598)	(2.715)	(1.558)	(1.442)	(1.268)	(1.045)	(1.149)	(1.408)	(1.940)	(817)	(1.061)	(2.254)	(1.998)

Los datos segmentados por Comunidades Autónomas muestran que el conocimiento de la prueba no se distribuye de forma homogénea por todo el país. Las tres comunidades autónomas más informadas acerca de la existencia del programa de cribado son Castilla y León (93,3%), Navarra (92,8%) y Comunidad Valenciana (90,7%). Se observa un menor grado de información en Baleares (66,2%), Ceuta (72,7%), Canarias (77,6%), Murcia (77,6%), Castilla La Mancha (78,2%), la Rioja (79,4%), Extremadura (80,5%) y Aragón (81%). (Figura 19)

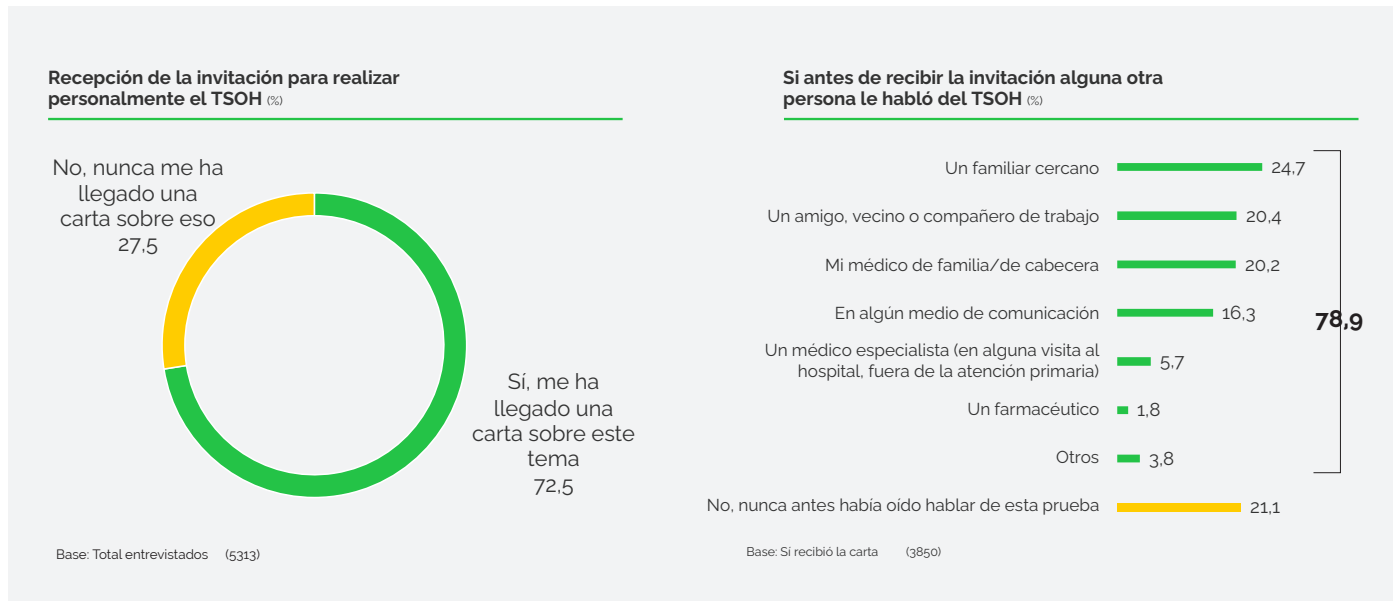
Figura 19: Conocimiento de la prueba TSOH en las CC. AA (%)



03.3.5 Recepción de la invitación para participar en el programa de cribado CCR

Un total de 3.850 personas entrevistadas confirma haber recibido la invitación para participar en el programa de cribado poblacional, lo que representa el 72,5% de total de la población participante en el estudio. Entre las personas que la han recibido, cerca del 80% ya había oído hablar de esta prueba antes de recibir la carta, sobre todo a través de familiares o amigos/compañeros. (Figura 20)

Figura 20: Recepción de la invitación para participar en el programa y conocimiento previo de la prueba (%)



La segmentación por variables sociodemográficas con respecto a la recepción de la invitación únicamente muestra variaciones significativas en la variable edad. Así, vemos que la proporción de sujetos que afirman haber recibido la carta se incrementa con la edad. La proporción más baja la encontramos en el grupo de 50 a 54 años (52,8%) y la más elevada en los mayores de 65 años (77%). (Figura 21)

Figura 21: Recepción de la invitación y variables sociodemográficas (%)

Datos en %	Total	Sexo		Edad				Nivel de habitat				Estudios			
		Hombre	Mujer	50-54	55-59	60-64	65-69	Rural	Semiurbano	Urbano	Grandes urbes	Hasta primarios	Medios	Superiores	
Recepción de la invitación para realizar personalmente el TSOH															
Sí, me ha llegado una carta sobre este tema	72,5	67,8	68,4	52,8	70,5	76,9	77	69,9	69	66,6	67,8	68,5	68,8	67,1	
No, nunca me ha llegado una carta sobre eso	27,5	32,2	31,6	47,2	29,5	23,1	23	30,1	31	33,4	32,2	31,5	31,2	32,9	
Base: Total entrevistados	(5.313)	(2.598)	(2.715)	(1.558)	(1.558)	(1.442)	(1.045)	(1.149)	(1.408)	(1.940)	(817)	(1.061)	(2.254)	(1.998)	

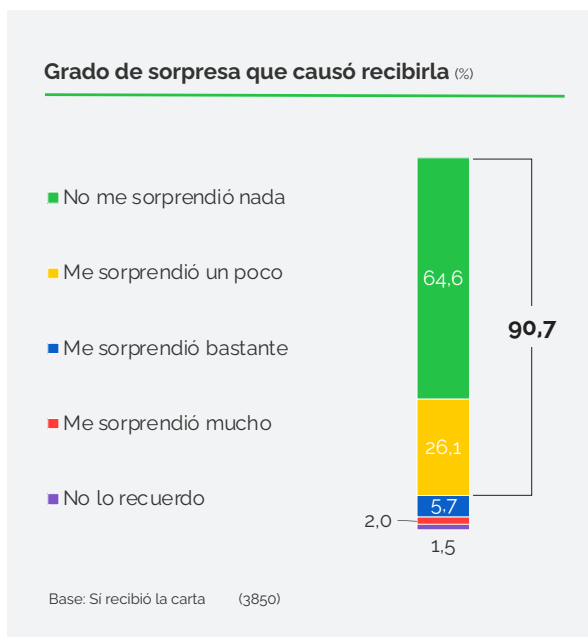
Sin embargo, esta invitación no ha tenido la misma penetración en todas las Comunidades Autónomas. El análisis de la recepción de la carta nos ofrece diferencias claras, en este caso aún más destacadas que las observadas en la variable conocimiento de la prueba. Como vemos, donde más se ha recibido la carta ha sido en Cataluña (88,1%), Navarra (87,9%), País Vasco (87,1%), y Castilla y León (84,6%). En el otro extremo, se encuentran las CC.AA. con un menor nivel de invitación como Baleares (22,5%), Canarias (37,4%), Ceuta (38,1%), Extremadura (41,2%), Aragón (47,7%), Melilla (54,2%), La Rioja (53,4%) y Murcia (60,4%). (Figura 22)

Figura 22: Recepción de la invitación por CC. AA (%)

Datos en %	Total	Comunidades Autónomas																		
		Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla-La Mancha	Castilla y León	Cataluña	Com. Valenciana	Extremadura	Galicia	Com. de Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	La Rioja	Ceuta	Melilla
Recepción de la invitación para realizar personalmente el TSOH																				
Sí, me ha llegado una carta sobre este tema	72,5	75,8	47,7	73,2	22,5	37,4	71,4	60,1	84,6	88,1	76,4	41,2	81,4	71,8	60,4	87,9	87,1	53,4	38,1	54,2
No, nunca me ha llegado una carta sobre eso	27,5	24,2	52,3	26,8	77,5	62,6	28,6	39,9	15,4	11,9	23,6	58,8	18,6	28,2	39,6	12,1	12,9	46,6	61,9	45,8
Base: Total entrevistados	(5.313)	(592)	(223)	(205)	(199)	(268)	(179)	(257)	(294)	(542)	(420)	(201)	(305)	(490)	(213)	(180)	(278)	(165)	(150)	(150)

La recepción de la invitación personal para realización de la prueba causó una baja o nula sorpresa en la gran mayoría de casos (90,7%). (Figura 23)

Figura 23: Grado de sorpresa ante la recepción de la invitación (%)



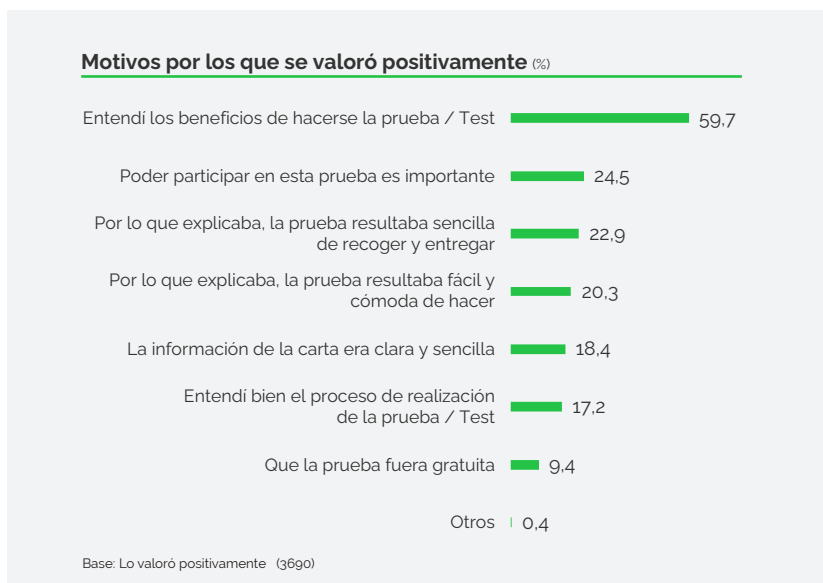
En líneas generales, la reacción fue muy positiva en más del 80% de las personas que consideraban este tipo de iniciativas como importantes y necesarias. En términos de balance, las reacciones favorables en mayor o menor medida alcanzaron el 95,9 % de las situaciones, frente a un testimonial 2,4 % de personas que reaccionaron negativamente. (Figura 24)

Figura 24: Reacciones ante la invitación (%)



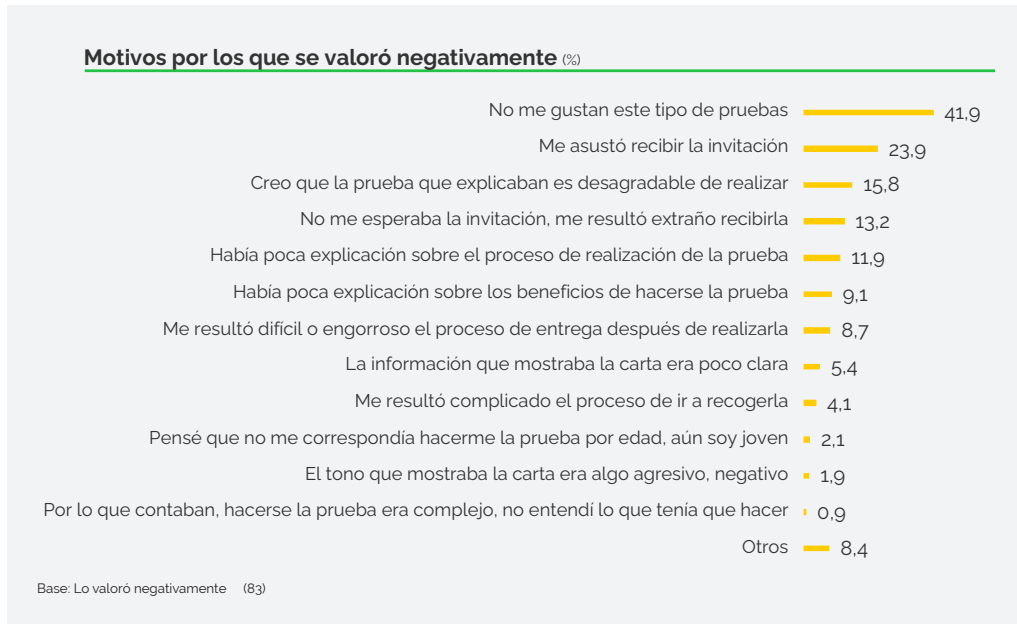
Un análisis más detallado de los motivos subyacentes a una valoración positiva de la invitación nos muestra que existen un conjunto diverso de motivaciones. El argumento más destacado por los participantes tiene que ver con la comprensión de los beneficios de realizarse la prueba (59,7%), seguido por la importancia otorgada a la participación en la misma (24,5%), citándose también elementos positivos sobre la información incluida en la carta relativa la sencillez y comodidad de la prueba y la propia claridad de la información incluida en la invitación. (Figura 25)

Figura 25: Motivos para valoración negativa de la invitación (%)



Aunque fue muy reducido el número de personas que valoraron negativamente la invitación en el momento de recibirla, el principal motivo tuvo que ver con un rechazo general por este tipo de pruebas, teniendo también un peso significativo el susto o extrañeza que causó recibir la invitación, y una mezcla de factores de rechazo ante una prueba que podía entenderse como desagradable, complicada en su proceso de recogida y o entrega, etc. (Figura 26)

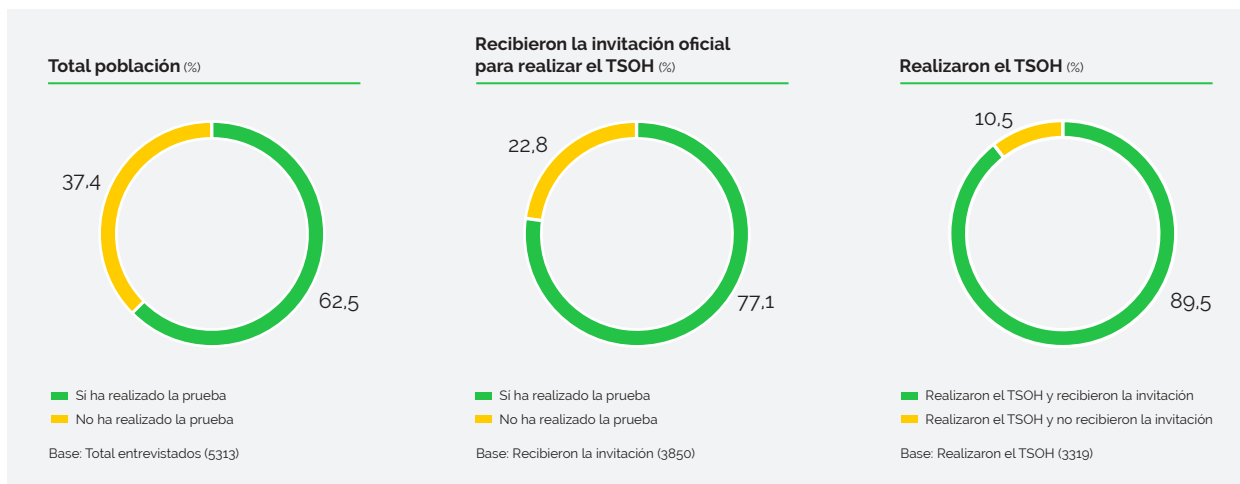
Figura 26: Motivos para valoración negativa de la invitación (%)



03.3.6 Realización efectiva de la prueba TSOH

En el conjunto de la población encuestada, el 62,5 % confirma haberse sometido a la prueba, una proporción que se eleva hasta el 77,1 % entre las personas que recibieron una carta de la consejería de Sanidad de su comunidad autónoma para invitarles a realizarla. Entre las personas que se han realizado el TSOH un 10,5% nunca han recibido la invitación oficial para realizarlo. (Figura 27)

Figura 27: Realización efectiva de la prueba TSOH (%)



Al igual que ocurre con las variables de conocimiento y de recepción de la invitación, los datos muestran una distribución desigual por el territorio nacional respecto a la variable realización de la prueba. Así, se observa una mayor realización en las CC.AA. de Navarra (84,1%), País Vasco (82,1%), Galicia (74,5%) y Castilla y León (72,2%). Mientras que las que menos personas se la han realizado fueron Ceuta (25,1%), Baleares (32,5%), Extremadura (45,5%) y La Rioja y Aragón, ambas con una participación del 50,5% y 50,3% respectivamente. (Figura 28)

Figura 28: Realización efectiva de la prueba TSOH por CC. AA. (%)

Datos en %	Total	Comunidades Autónomas																		
		Andalucía	Aragón	Asturias	Baleares	Canarias	Cantabria	Castilla-La Mancha	Castilla y León	Cataluña	Com. Valenciana	Extremadura	Galicia	Com. de Madrid	Murcia	Navarra	País Vasco	La Rioja	Ceuta	Melilla
Realización efectiva de la prueba TSOH																				
Sí	62,5	54,8	50,3	55	32,5	55,6	62,4	54,1	72,2	71,9	66,9	45,4	74,5	60,8	53,9	84,1	82,1	50,5	25,1	44,1
No	37,5	45,2	49,7	45	67,5	44,4	37,6	45,9	27,8	28,1	33,1	54,6	25,5	39,2	46,1	15,9	17,9	49,5	74,9	55,9
Base: Total entrevistados	(5.313)	(592)	(223)	(205)	(199)	(268)	(179)	(257)	(294)	(542)	(420)	(201)	(305)	(490)	(213)	(180)	(278)	(165)	(150)	(150)

La segmentación por variables sociodemográficas únicamente muestra variaciones significativas en la variable edad. Concretamente, son los sujetos más jóvenes, aquellos con edades inferiores a 54 años, los que presentan un menor nivel de realización de la prueba. No hay diferencia por sexo, ni por nivel de estudios alcanzados. Respecto al hábitat de residencia, existe una mayor proporción de realización del TSHO en el ámbito rural frente al urbano. (Figura 29)

Figura 29: Realización efectiva de la prueba TSOH por sexo, edad, hábitat y estudios (%)

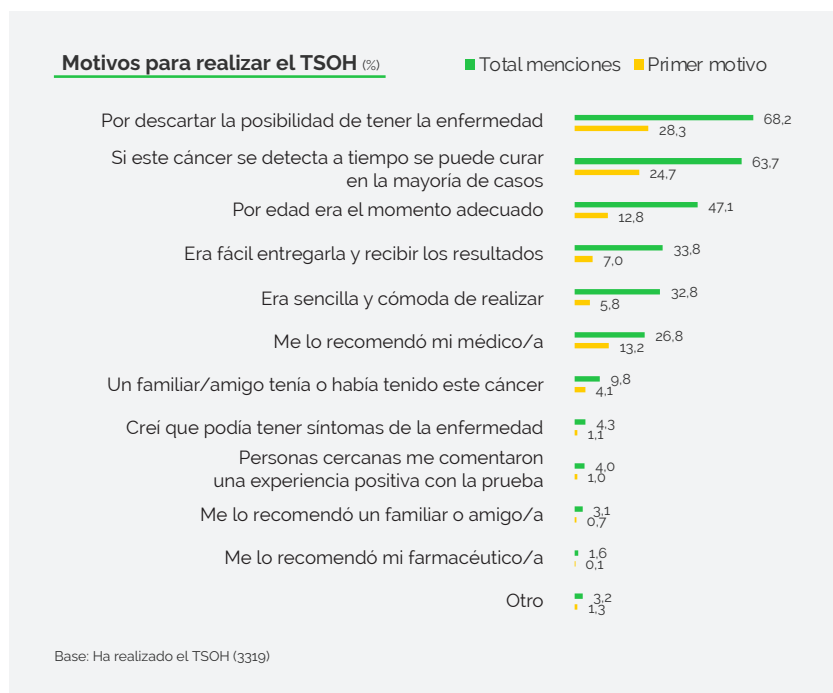
Datos en %	Total	Sexo		Edad				Nivel de hábitat				Estudios			
		Hombre	Mujer	50-54	55-59	60-64	65-69	Rural	Semiurbano	Urbano	Grandes urbes	Hasta primarios	Medios	Superiores	
Realización efectiva de la prueba TSOH															
Sí	62,5	60,8	59,5	46,7	62,7	67,6	67,6	63,6	61,8	58	57,6	58,3	61,3	59,8	
No	37,5	39,2	40,5	53,3	37,3	32,4	32,4	36,4	38,2	42	42,4	41,7	38,7	40,2	
Base: Total entrevistados	(5.313)	(2.598)	(2.715)	(1.558)	(1.442)	(1.268)	(1.045)	(1.149)	(1.408)	(1.940)	(817)	(1.061)	(2.254)	(1.998)	

03.3.7 Motivos para realizar y no realizar la prueba TSOH

La balanza de los beneficios y los inconvenientes que puede producir la prueba TSOH está claramente inclinada del lado del beneficio. Es una prueba no invasiva, indolora, nada molesta y los inconvenientes son menores y asumibles.

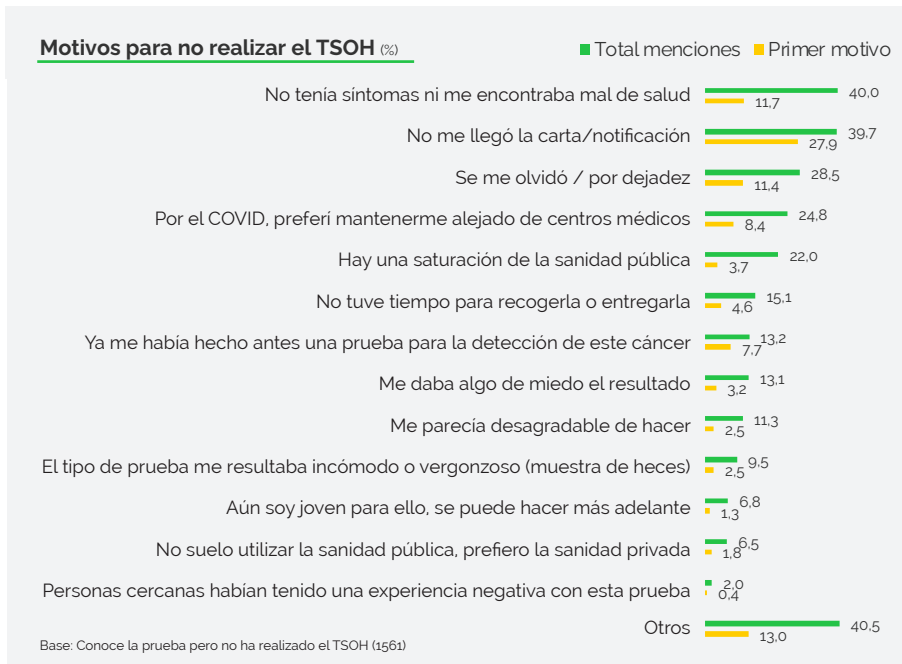
Respecto a los motivos que mueve a la realización del TSOH, descartar la posibilidad de tener la enfermedad es el principal motivo enumerado, siendo la segunda razón con más peso la idea de que este cáncer se puede curar en la mayor parte de los casos si se detecta a tiempo, situándose como el tercer motivo más citado el de pertenecer a un rango de edad que hace recomendable la prueba. Otros aspectos que aparecen reflejados también con un peso significativo serían la facilidad y comodidad de la prueba (a la hora de entregarla/recogerla, y en su propia realización práctica), o incluso la recomendación del médico. (Figura 31)

Figura 31: Motivos para la realización efectiva de la prueba TSOH (%)



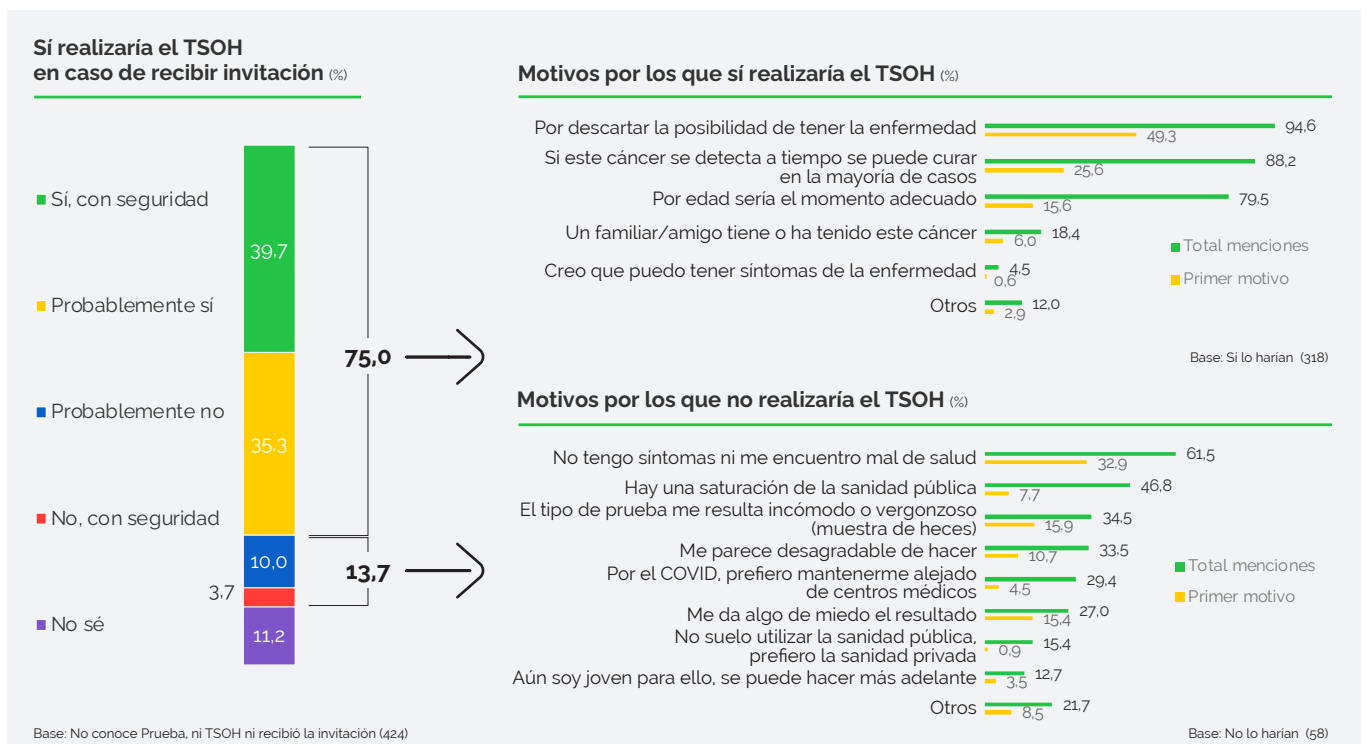
Entre las personas que no han realizado la prueba, las principales barreras expresadas son actitudinales, se observan también razones logísticas relacionadas con el tiempo, la disponibilidad o la complicación del procedimiento. Sin embargo, aparecen con carácter secundario y tras alguna de estas justificaciones subyace una actitud de rechazo, de resistencia o de negación previa. El principal motivo para la no realización tiene que ver con el hecho de no haber tenido síntomas y encontrarse bien. Se menciona en segunda instancia la falta de recepción de la carta/notificación; como tercera razón, se alude al olvido o la dejadez. Es interesante destacar que, se mencionan barreras generadas por la pandemia sanitaria de la Covid19, como posibles causas para no realizar la prueba. Se argumenta la no participación como consecuencia de la saturación de la sanidad, el temor al contagio y la importancia de reducir el riesgo evitando las visitas a Centros de Salud. Finalmente, también se reflejan elementos de rechazo a la propia prueba en sí, por su incomodidad o por lo desagradable de hacerla, o bien por el miedo al resultado. (Figura 32)

Figura 32: Motivos para la no realización efectiva de la prueba TSOH (%)



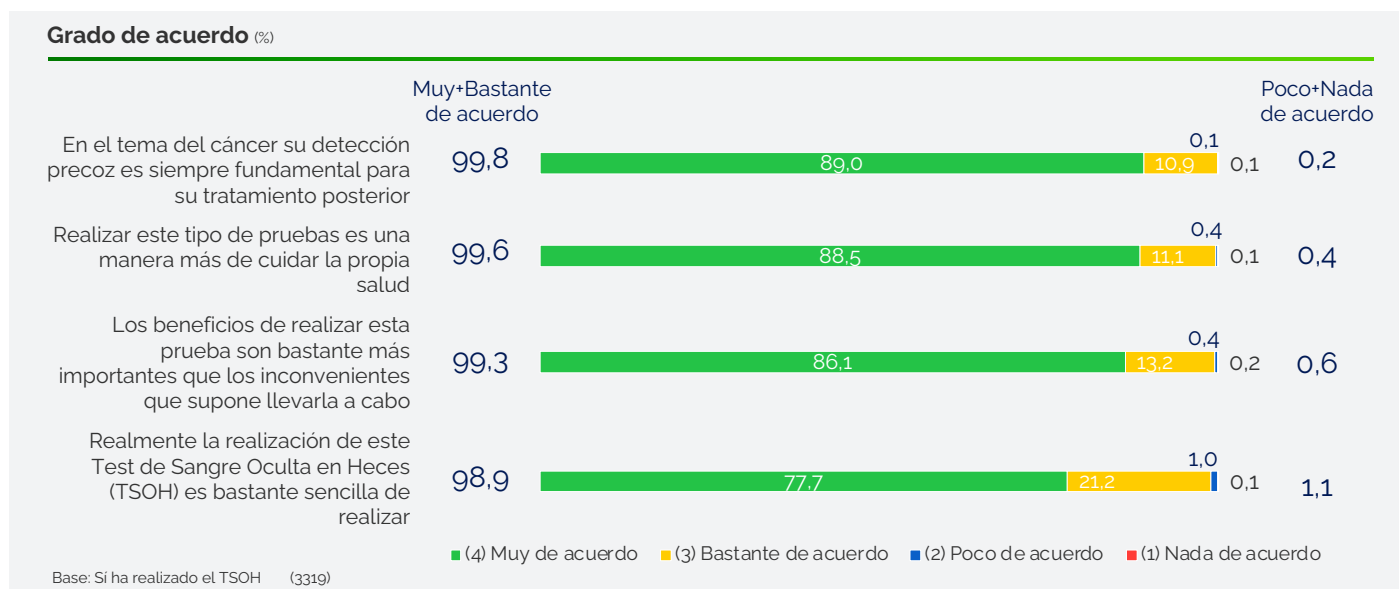
Respecto a las expectativas de realización del TSOH entre la población que desconoce la prueba y no ha sido invitada a participar en el Programa señalar que un total de 424 personas han declarado no tener conocimiento de la prueba y no haber recibido la invitación a participar en el programa de cribado, lo que representa solo el 8% del conjunto de encuestados. Una amplia mayoría de estos, el 75%, sí realizaría el test en caso de recibir la invitación, sobre todo para descartar la posibilidad de tener la enfermedad, considerando que es un tipo de cáncer que, según sus propias respuestas, se puede curar en la mayoría de los casos si se detecta a tiempo. (Figura 33)

Figura 33: Intención de realización de la prueba en caso de recibir la invitación y motivos (%)



En el apartado de percepciones de la población sobre la prueba en función de si finalmente se la han realizado o no lo ha hecho. El detalle de los resultados obtenidos en el colectivo que si ha realizado la prueba muestra un elevado grado de consenso en torno a los beneficios de este tipo de comportamientos. La práctica totalidad de los participantes confirman su acuerdo con que los beneficios son bastante más importantes que los perjuicios que supone llevarlas a cabo. Los beneficios en el ámbito de la salud se abren a dos significados. Un primer acercamiento, que supone una perspectiva asociada a acciones y controles destinados a la detección precoz de un posible cáncer y, por tanto, fundamentales para su tratamiento posterior (99,8%). Por otro, la preocupación por lo saludable y el autocuidado (99,6%). La prevención ha evolucionado hacia un significado más amplio, que va más allá del terreno de la enfermedad para formar parte del ámbito del autocuidado. Por último, existe un acuerdo absoluto a la hora de considerar la prueba como un procedimiento bastante sencillo de realizar (98,9%). (Figura 34)

Figura 34: Percepciones de la población que se ha realizado TSOH



En el colectivo de personas que no ha realizado el Test, las percepciones y actitudes percibidas reflejan un menor consenso que las identificadas entre las personas que sí han realizado la prueba. En este caso, un mayoritario 67,1% cree que realizar el Test no descarta la posible aparición del cáncer colorrectal en el futuro. Algo más de la mitad, 51,5%, cree además que la incertidumbre por el resultado de este tipo de pruebas puede resultar angustiada (aunque en este caso existe casi la misma proporción de personas en desacuerdo con ello). Aunque sin alcanzar cotas mayoritarias, una proporción significativa de estas personas (36,5%) tiende a percibir la prueba como incómoda y desagradable de realizar, y no tan necesaria cuando la persona no presenta síntomas y se encuentra bien de salud (32,8%); incluso creyendo que este Test debería dirigirse a personas de más edad (30,9%). Las dudas sobre la fiabilidad y la eficacia de la prueba no aparecen de modo inmediato ni generalizado, pero contribuyen a debilitar la intención de participar en el programa, así, una quinta parte de las personas que no se han realizado la prueba (19,7%) tiende a restar fiabilidad a los resultados de este tipo de pruebas.

03/
**Principales
hallazgos y
conclusiones**



A/ Estado de salud y estilo de vida

- El estado de salud y el estilo de vida es valorado de forma muy positiva por los ciudadanos, 7 de cada 10 encuestados valoran positivamente su estado de salud en los últimos 12 meses. Este dato refleja que la valoración positiva de la salud en el conjunto de la población apenas ha variado sobre el ofrecido por la última Encuesta Nacional de Salud de España del 2017 (ENSE) donde 74% de la población valoró su salud positivamente (muy buena o buena).
- Un 84,7%, los encuestados que consideran que el tipo de vida que lleva es saludable.
- Ambos datos, resultan muy positivos en el contexto de los programas de cribado, dado que se han asociado de forma clara con la adherencia a las pautas de detección precoz del cáncer colorrectal. Sería de interés utilizar la tendencia social generalizada y en crecimiento de la preocupación por la salud y el autocuidado, para introducir las pruebas preventivas en general -y en concreto la del TSOH- como hábito adicional en el cuidado de la salud (junto a los relativos a dieta, deporte...), mostrándolo como un claro beneficio para la propia salud.

B/ Uso de servicios sanitarios y participación en revisiones médicas

- El 90% de la población acude al médico al menos una vez al año, con un 27% que dice hacerlo al menos una vez al trimestre y cerca de un tercio que lo visita cada semestre. Este dato, vuelve a ofrecer una situación muy parecida a la identificada en la ENSE 2017 con un 86,8% de la población refiere haber consultado a un médico en los últimos 12 meses.
- Por otro lado, 8 de cada 10 personas acostumbran a realizarse pruebas o chequeos médicos al menos una vez al año, con cerca de un 30% que dice pasar por al menos una de estas pruebas cada seis meses.
- Este hallazgo vuelve a ofrecer una perspectiva positiva, dado que las visitas frecuentes al médico y la realización de pruebas y revisiones asocian con un mayor cumplimiento de las pruebas de detección de CCR. Sería relevante, aprovechar estas visitas, para ofrecer información a la población objetivo, potenciado así el papel destacando de los profesionales de atención primaria, donde el consejo del médico puede resultar fundamental como elemento legitimador de la prueba.

C/ Conocimiento, valoración y percepciones del cáncer colorrectal

- La práctica totalidad de la población de 50 a 69 años conoce o ha oído hablar de este tipo de cáncer (97,6%).
- Cerca de un tercio cree que tiene un riesgo personal alto o muy alto de un posible diagnóstico de cáncer colorrectal a lo largo de su vida, frente a un mayoritario 69,5% que lo considera bajo o muy bajo.
- Se han conseguido grandes logros en la última década respecto al conocimiento de la población española sobre el cáncer colorrectal, sin embargo, es importante seguir profundizando en la educación sobre los factores de riesgo, como el sedentarismo y el sobrepeso, una mala alimentación en general y el consumo de tabaco y alcohol, que aparecen infraestimados a la hora de valorar el riesgo personal. Añadir la posibilidad de detección precoz como posible activador de un tratamiento temprano y por tanto más efectivo ante la detección de este cáncer.

D/ Información y valoración sobre el programa de detección precoz del cáncer colorrectal y Conocimiento de la prueba TSOH

- Una amplia mayoría (82,4%) conoce o ha oído hablar del programa de detección del cáncer colorrectal, proporción que se eleva hasta el 86,9% cuando se pregunta directamente por la prueba del Test de Sangre Oculta en Heces (TSOH). Sin embargo, aunque bajo, destacar que aún un 13% la población de 50 a 69 años, objetivo del programa de cribado colorrectal, afirman no conocer la prueba.
- El grado de conocimiento de la prueba refleja que este es superior en el colectivo de las mujeres frente al de hombres (87,5% y un 82,8% respectivamente), en las grandes ciudades (82,9%) y en el grupo de personas con un nivel cultural (87,6%) y en los grupos de edad superior mayores de 60 años (90%).
- A pesar de que el nivel de conocimiento de la población sobre el programa de cribado y el TSOH es muy elevado es necesario mantener estos niveles informativos y fomentar, en los grupos de edades inferiores a 54 años, la necesidad de participar, a pesar de no presentar síntomas, de gozar de una buena percepción de salud y/o que puedan considerar que aún son jóvenes para participar en esta prueba. Para esto, es de interés la presencia de un elemento facilitador (prescripción) para la realización de la primera prueba, mediante el apoyo sobre todo del personal sanitario: médicos y farmacéuticos

E/ Recepción de la invitación para participar en el programa de cribado CCR

- En cuanto a la recepción de la invitación personal, emitida por las autoridades sanitarias autonómicas, para realizar la prueba, el 72,5% de las personas encuestadas confirma haber recibido esta invitación.
- La recepción de esta invitación personal para realizar la prueba causó una baja o nula sorpresa en la gran mayoría de casos, generando una reacción muy positiva en más del 90% de los casos al considerarse que este tipo de iniciativas son importantes y necesarias. Citándose también elementos positivos sobre la información incluida en la carta relativa la sencillez y comodidad de la prueba y la propia claridad de la información incluida en la invitación.

F/ Realización efectiva de la prueba TSOH

- Entre el conjunto de la población encuestada, el 62,5% confirma haberse sometido a la prueba, una proporción que se eleva hasta el 77,1% entre las personas que recibieron una carta de la consejería de Sanidad de su comunidad autónoma para invitarles a realizarla.
- Entre las personas que ha realizado el TSOH un 10,5% nunca han recibido la invitación para realizarla. En estos casos los motivos son por prescripción médica .
- Se observa una mayor realización de la prueba en las CC.AA. de Navarra (84,1%), País Vasco (82,1%), Galicia (74,5%) y Castilla y León (72,2%). Mientras que las menos participativas fueron Ceuta (25,1%), Baleares (32,5%), Extremadura (45,5%) y La Rioja y Aragón, ambas con una participación del 50,5% y 50,3% respectivamente.
- Descartar la posibilidad de tener la enfermedad es el principal motivo que mueve a la realización del TSOH.
- Entre las personas que no la han realizado, el principal motivo tiene que ver con la falta de síntomas o encontrarse bien de salud, mencionándose en segunda instancia el hecho de no haber recibido la invitación oficial para ello; a continuación, se alude al olvido o la dejadez, apareciendo tras ello razones que mencionan barreras relativas al Covid-19, y el deseo de mantenerse alejado de los centros médicos en este contexto de pandemia, o la saturación percibida en la sanidad pública.

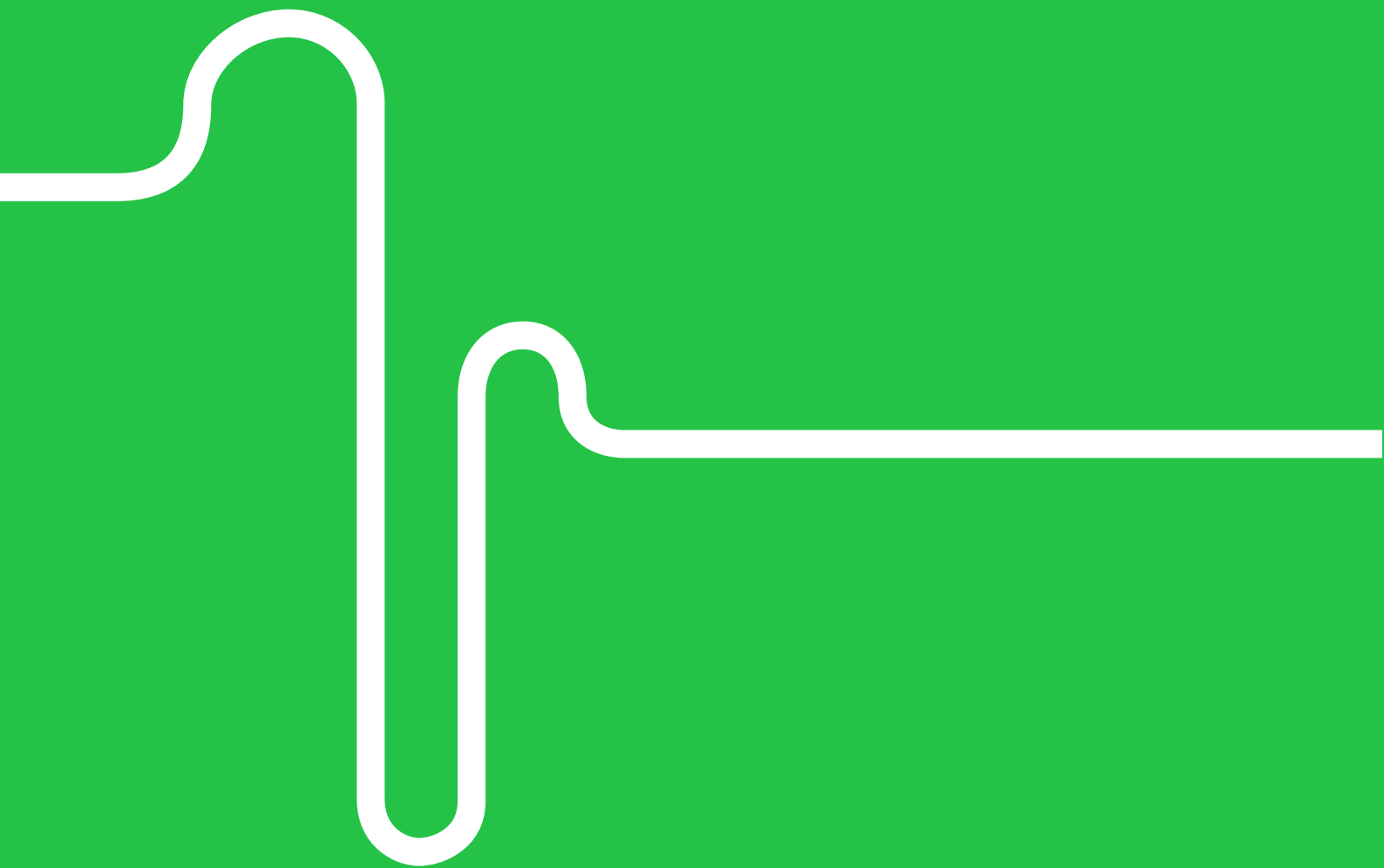
05/
Bibliografía



1. Observatorio del cáncer de la Asociación Española Contra el Cáncer. <https://observatorio.contraelcancer.es/>
2. Guevara M, Molinuevo A, Salmerón D, Marcos-Gragera R, Carulla M, Chirlaque MD, Rodríguez Cambor M, Alemán A, Rojas D, Vizcaíno Batllés A, Chico M, Jiménez Chillarón R, López de Munain A, de Castro V, Sánchez MJ, Ramalle-Gómara E, Franch P, Galceran J, Ardanaz E. Cancer Survival in Adults in Spain: A Population-Based Study of the Spanish Network of Cancer Registries (REDECAN). *Cánceres (Basilea)*. 2022 Mayo 15;14(10):2441. DOI: 10.3390/cánceres14102441. PMID: 35626046; PMCID: PMC9139549.
3. Council of the European Union. Council Recommendation of 2 December 2003 on Cancer Screening (2003/878/EC) 878. *Off J Eur Union*, 2003
4. Schreuders E, Ruco A, Rabeneck L, et al. Colorectal cancer screening: a global overview of existing programmes. *Gut*. 2015;64:1637-49
5. Navarro, M.; Nicolas, A.; Ferrandez, A.; Lanás, A. Colorectal cancer population screening programs worldwide in 2016: An update. *World J. Gastroenterol.* 2017, 23, 3632-3642. doi: 10.3748/wjg.v23.i20.3632. PMID: 28611516; PMCID: PMC5449420.
6. Altobelli, E.; Lattanzi, A.; Paduano, R.; Varassi, G.; di Orio, F. Colorectal cancer prevention in Europe: Burden of disease and status of screening programs. *Prev. Med.* 2014, 62, 132-141.
7. Diario Oficial de la Unión Europea. Recomendación del Consejo de 2 de diciembre de 2003 sobre cribado de cáncer. DOCE número 878 de 16-12-2003.
8. Molina-Barceló, A.; Moreno Salas, J.; Peiró-Pérez, R.; Arroyo, G.; Ibáñez Cabanell, J.; Vanaclocha Espí, M.; Binefa, G.; García, M.; Salas Trejo, D. Desigualdades de acceso a los programas de cribado del cáncer en España y cómo reducirlas: Datos de 2013 y 2020. *Rev Esp Salud Publica*. 2021, 95, e202101017
9. M. Peris, J.A. Espinas, L. Muñoz, et al. Lessons learnt from a population-based pilot programme for colorectal cancer screening in Catalonia (Spain). *J Med Screen*, 14 (2007), pp. 81-86 <http://dx.doi.org/10.1258/096914107781261936>
10. Málaga López, Araceli, Salas Trejo, Dolores, Sala Felis, Teresa, Ponce Romero, Marta, Goicoechea Sáez, Mercedes, Andrés Martínez, Mercedes, Llorens Ivorra, Cristóbal, & González Serrano, Inmaculada. (2010). Programa de cribado de cáncer colorrectal de la comunidad valenciana: Resultados de la primera ronda: 2005-2008. *Revista Española de Salud Pública*, 84(6), 729-741. Recuperado en 23 de noviembre de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272010000600005&lng=es&tlng=es.
11. Boletín Epidemiológico de Murcia. Volumen 38 - N.º 827 - agosto 2018

12. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Actualización aprobada por el Consejo Interterritorial del Nacional de Salud, el 29 de octubre de 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010. Pag 115
13. Boletín Oficial del Estado. 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 del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. BOE núm 269 de 6/11/2014
14. Salas D. Indicadores de los programas de detección precoz de CCR. Reunión Programas de Cribado de Cáncer. Galicia 2014. [Consultado 01/12/2014]. Disponible en: <http://www.programascancerdemama.org/images/>
15. Red de programas de cribado de cancer. Vigilancia de polipectomías en el cribado de cáncer de colon y recto. Noviembre, 2021. [consultado el 7 Jun 2022]. Disponible en: <https://www.cribadocancer.es>
16. Solís-Ibinagagoitia, M.; Unanue-Arza, S.; Díaz-Seoane, M.; Martínez-Indart, L.; Lebeña-Maluf, A.; Idigoras, I.; Bilbao, I.; Portillo, I. Factors Related to Non-participation in the Basque Country Colorectal Cancer Screening Programme. *Front Public Health* 2020, 8, 604385.
17. Molina-Barceló, A.; Moreno Salas, J.; Peiró-Pérez, R.; Arroyo, G.; Ibáñez Cabanell, J.; Vanaclocha Espí, M.; Binefa, G.; García, M.; Salas Trejo, D. Desigualdades de acceso a los programas de cribado del cáncer en España y cómo reducirlas: Datos de 2013 y 2020. *Rev Esp Salud Publica*. 2021, 95, e202101017
18. Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad. 2021. disponible online: https://www.mscbs.gob.es/pag_150_organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Estrategia_en_cancer_del_Sistema_Nacional_de_Salud_Actualizacion_2021.pdf (accessed on 6 August 2021).
19. **Knudsen, A.B.; Zauber, A.G.; Rutter, C.M.; Naber, S.K.; Doria-Rose, V.P.; Pabiniak, C.; Johanson, C.; Fischer, S.E.; Lansdorp-Vogelaar, I.; Kuntz, K.M. Estimation of Benefits, Burden, and Harms of Colorectal Cancer Screening Strategies: Modeling Study for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* 2016, 315, 2595–2609.**
20. Segnan N, Patnick J, von Karsa L. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis .First edition. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 2010.
21. Molina- Barceló A, Salas Trejo D, Peiró-Perez 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*. 2011; 669–78. doi: 10.1111/j.1365-2354.2011.01263.x

22. Palmer CK, Thomas MC, Von Wagner C, Raine R. Reasons for non-uptake and subsequent participation in the NHS Bowel Cancer Screening Programme: a qualitative study. *Br J Cancer*. 2014;110(7):1705–11. doi:10.1038/bjc.2014.125
23. Hurtado JL, Bacigalupe A, Calvo M, Esnaola S, Mendizabal N, Portillo I, Idigoras I, Millán E, Arana-Arri E. Social inequalities in a population based colorectal cancer screening programme in the Basque Country. *BMC Public Health*. 2015 Oct 5;15:1021. doi: 10.1186/s12889-015-2370-5. PMID: 26438240; PMCID: PMC4594998.
24. Frederiksen BL, Jørgensen T, Brasso K, Holten I, Osler M. Socioeconomic position and participation in colorectal cancer screening. *Br J Cancer*. 2010;103:1496–501. doi:10.1038/sj.bjc.6605962.
25. 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(4):165–72. doi:10.1016/j.ypmed.2010.02.003.
26. Wools A, Dapper EA, de Leeuw JR. Colorectal cancer screening participation: a systematic review. *Eur J Public Health*. 2016 Feb;26(1):158–68. doi: 10.1093/eurpub/ckv148. Epub 2015 Sep 14. PMID: 26370437.
27. Dressler J, Johnsen AT, Madsen LJ, Rasmussen M, Jørgensen LN. Factors affecting patient adherence to publicly funded colorectal cancer screening programmes: a systematic review. *Public Health*. 2021 Jan;190:67–74. doi: 10.1016/j.puhe.2020.10.025. Epub 2020 Dec 21. PMID: 33360029.
28. Walsh JME, Kaplan CP, Nguyen B, et al. Barriers to colorectal cancer screening in Latino and Vietnamese Americans: compared with non-Latino white Americans. *J Gen Intern Med* 2004;19:156–66
29. Janz NK, Wren PA, Schottenfeld D, Guire KE. Colorectal cancer screening attitudes and behaviour: a population-based study. *Prev Med* 2003;37:627–34.
30. So WK, Choi KC, Chan DN, et al. Colorectal cancer screening behaviour and associated factors among Chinese aged 50 and above in Hong Kong—a populationbased survey. *Eur J Oncol Nurs* 2012;16:413–8
31. Wallace LS, Gupta R. Predictors of screening for breast and colorectal cancer among middle-aged women. *Fam Med* 2003;35:349–54.



asociación
española
contra el cáncer

Tel. 900 100 036
asociacioncontraelcancer.es

