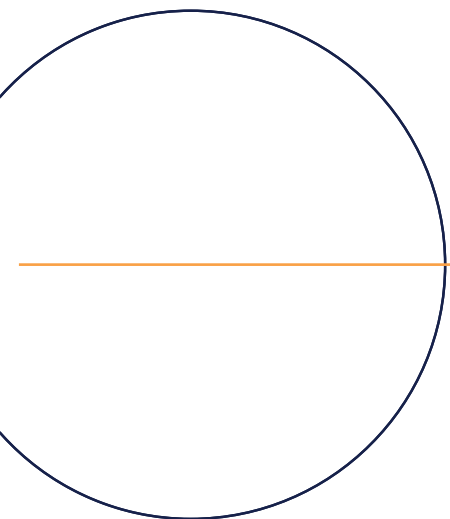
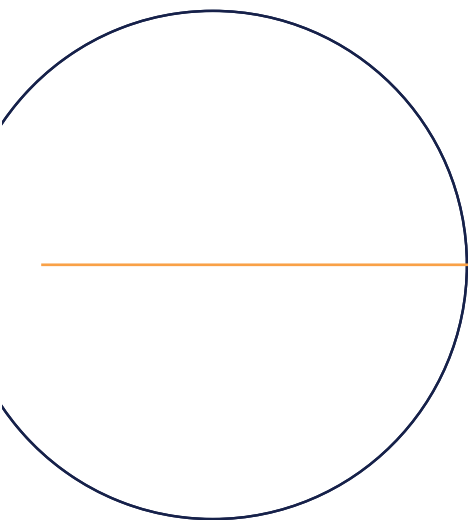




LIBRO BLANCO SOBRE EL CRIBADO POBLACIONAL DE CÁNCER COLORRECTAL EN ESPAÑA



MATERIAL SUPLEMENTARIO



MATERIAL SUPLEMENTARIO

BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Material suplementario 01

BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Para la confección del Libro blanco se ha realizado una búsqueda principal en PubMed en relación con la parte del objetivo descrita como «describir la situación actual de los programas poblacionales de cribado de cáncer colorrectal españoles, partiendo de sus bases organizativas y de su desarrollo histórico». La estrategia para esta búsqueda se detalla en la siguiente tabla.

("Early Detection of Cancer"[MeSH Terms] OR "Cancer Screening" OR "Cancer Screening Tests" OR "Early Detection of Cancer" OR "Early Diagnosis of Cancer") AND ("Spain"[MeSH Terms] OR "Balearic Islands" OR "Canary Islands" OR "Spain") AND ("Colorectal Neoplasms"[MeSH Terms] OR "Colorectal Cancer" OR "Colorectal Carcinoma" OR "Colorectal Neoplasms" OR "Colorectal Tumors" OR "Neoplasms, Colorectal")
--

La búsqueda principal se realizó con fecha 22 de agosto de 2023, con el resultado de 439 referencias y se actualizó el 9 de febrero y el 15 de abril de 2024 obteniéndose 20 nuevas referencias hasta un total de 468. De estas fueron descartadas 106, incorporándose 362 a la revisión.

La búsqueda principal se complementó con otras fuentes, incluyendo nuevas búsquedas selectivas para temas más concretos en PubMed y en otras bases de datos como *Web of Science*, *Scielo*, *Cochrane Library*, *Google académico* y *Research Gate*. También se incorporaron cuantas referencias fueron de interés tras de la lectura de los originales seleccionados. Otra serie de referencias proceden del buscador de Google de sitios web institucionales relacionados con el cribado o con la epidemiología del cáncer a nivel nacional e internacional. A las 362 citas seleccionadas desde la búsqueda principal se han añadido por esta segunda vía complementaria otras 179, hasta completar las 541 que aparecen en la bibliografía final del Libro blanco en su versión electrónica.



MATERIAL SUPLEMENTARIO

DEFINICIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

Material suplementario 02

INFORME SOBRE LA DEFINICIÓN DE TEMAS DE INTERÉS POR PARTE DE LOS INVESTIGADORES

CONTENIDOS DE ESTE DOCUMENTO

- Antecedentes.
- Detalle de las propuestas de los investigadores sobre temas de interés.
- Comentarios adicionales de los investigadores.
- Listado agrupado de áreas/temas de interés propuestos.

ANTECEDENTES

En la primera fase del proyecto, los investigadores han recibido un cuestionario en el que se les ha pedido que señalen 5 temas, ordenados por prioridad, que a su juicio deban ser tenidos en cuenta en la elaboración del libro blanco.

Los 27 investigadores han completado este cuestionario (26 aportando los cinco temas y uno solo cuatro).

A continuación, se presentan estas propuestas agrupadas por áreas de interés, y al final del documento los comentarios adicionales aportados.

DETALLE DE LA PROPUESTA DE LOS INVESTIGADORES SOBRE TEMAS DE INTERÉS

Epidemiología del CCR

Dos investigadores han llamado la atención sobre la importancia de tener en cuenta la epidemiología del cáncer colorrectal (CCR).

Investigador	Propuesta	Orden
13	Epidemiología del cáncer colorrectal en España y en Europa. Se trataría de hacer una radiografía de la situación	1
23	Incidencia y mortalidad del cáncer colorrectal en España. a. Es cáncer más frecuente si tenemos en cuenta los hombres y mujeres. b. La incidencia y mortalidad están aumentando en España.	2

Prevención primaria

Un investigador se interesa en concreto por la importancia del cribado en la investigación causal que pueda ayudar a una mejor planificación de la prevención primaria del CCR.

Investigador	Propuesta	Orden
6	Los cribados generalizados permitirán determinar mejor la causa de la enfermedad y determinar con mayor precisión si influyen en su aparición las dietas basadas por ejemplo en la carne procesada, el consumo de alcohol o tabaco u otros factores de riesgo. Será más fácil implementar entonces programas de salud pública dirigidos a mejorar la calidad de las personas antes de que desarrollen una patología.	4

Evidencia sobre los programas de cribado: eficacia, efectividad, eficiencia e impacto

Siete investigadores realizan nueve propuestas en este campo, con alta priorización.

Investigador	Propuesta	Orden
8	Objetivar con los resultados la disminución de la mortalidad y el coste-efectividad.	1
9	Impacto sociosanitario.	1
17	Impacto general de los programas de cribado de cáncer colorrectal: Calidad de vida, mortalidad global y mortalidad por cáncer.	1
9	Impacto económico.	2
11	Importancia de la realización de los cribados de detección precoz de cáncer de colon y recto: nivel de evidencia, (coste efectivo) e impacto mortalidad e incidencia.	2
13	Evidencias sobre los beneficios del cribado de cáncer colorrectal. Análisis de situación en Europa y en España respecto de la aplicación de cribados. Tipo de cribados y criterios de inclusión. Evidencias de resultados.	2
16	Metodología de cribado: -Evaluación de la evidencia sobre: -los test disponibles. -la metodología de invitación. -la periodicidad del cribado. -la composición de la población diana (edad de inicio, otros factores).	2
13	Evidencias sobre coste efectividad de los cribados de cáncer colorrectal.	3
21	Coste-eficacia de los diferentes métodos de cribado.	3

En este apartado los investigadores proponen revisar la evidencia sobre eficacia, efectividad, coste-efectividad y sobre la propia metodología seguida en los programas.

Organización y desarrollo de los programas

Aspectos generales de la organización de los programas

Ocho investigadores proponen temas relacionados con las bases, organización general y financiación de los programas.

Investigador	Propuesta	Orden
23	Es un cáncer en el que el cribado poblacional con sangre oculta en heces inmunológica es muy eficiente. a. Por medio del cribado se puede prevenir de dos formas: i. Detectándolo en fases precoces. ii. Extirpando sus lesiones precursoras, los adenomas avanzados. b. La participación cada dos años hasta cumplir la edad hasta la que llega el cribado, reduce progresivamente el riesgo de cáncer en estado avanzado. c. En caso de detectar adenomas avanzados, es muy importante que las colonoscopias de vigilancia sean llevadas de forma organizada desde el Programa de Cribado.	3
10	Protocolos comunes de actuación y su divulgación a atención primaria.	4
16	Organización de los programas de cribado: - Definición de la estructura organizativa. - Definición de los circuitos asistenciales: - ¿Quién solicita el test de cribado? - ¿Cómo informar sobre los resultados? - ¿Quién solicita la colonoscopia? - ¿Incluir el seguimiento tras la resección de neoplasias? - Metodología de reinvitación / detección de exclusiones.	3
25	Consideración del cribado poblacional como prestación sanitaria de carácter estructural y con definición y dotación de recursos específicos para su realización, al margen de programas extraordinarios.	3
13	Requisitos organizativos, estructurales y de recursos (incluidos los aspectos de capacitación) para la implantación de un cribado de cáncer colorrectal en todo el sistema sanitario. Coste de implantación.	4
19	Atención hospitalaria: debería de haber un responsable en todos los servicios de digestivo con el que los médicos de atención primaria pudieran tener contacto directo en caso de que surgiera dudas con algún paciente.	4
3	Toma de decisiones previa a la colonoscopia: consultas de evaluación: papel de enfermero gestor, papel del médico consultor	5
14	Criterios de exclusión según pruebas oportunistas (colonoscopia/FIT) y personas de riesgo alto. Criterios de inclusión/reincorporación en el programa de cribado.	5

Puntos para tener en cuenta en este apartado:

- Puntos fuertes del cribado.
 - Permite prevención primaria (eliminando precursores) y secundaria (diagnóstico precoz).
 - Los programas sostenidos en el tiempo reducen el riesgo de cáncer avanzado.
- Necesidad de protocolos comunes y su difusión, incluyendo atención primaria.
- Realización de análisis detallado de los modelos organizativos y de sus principales puntos clave:
 - En general:
 - Estructura organizativa.
 - Circuitos asistenciales.
 - Petición de la prueba de cribado.
 - Información sobre resultados.
 - Solicitud de la colonoscopia.
 - Seguimiento.
 - Se apuesta porque este sea llevado a cabo por el programa.
 - Metodología de reinvitación / detección de exclusiones.
 - De manera concreta se mencionan:
 - La conveniencia de un enlace en los servicios de digestivo para los médicos de atención primaria.
 - La importancia de la toma de decisiones previa a la colonoscopia (consultas de evaluación, enfermero gestor, médico consultor).
- Considerar la prestación de carácter estructural con recursos específicos.
- Análisis de los recursos necesarios, incluyendo capacitación, para la implantación del cribado en todo el territorio del Estado.

Edad de inicio y finalización del cribado

Este tema es frecuentemente planteado por los investigadores (8 investigadores y 10 propuestas—cuatro de ellas como primera opción—).

Investigador	Propuesta	Orden
10	Revisión de edad de cribado con ampliación a > de 70 años.	2
11	Edad de realización del cribado: 50-75 años vs 50-69 años.	3
12	¿Deben excluirse del cribado la población con antecedentes familiares de 2º grado o con un único antecedente de primer grado de CCR >50 años?	4
21	A quienes debemos hacer el cribado. ¿Bajamos a los 45 años?	4
6	En mi modesta opinión, creo que la primera cuestión que se debe abordar es si es necesario adelantar la edad de los cribados, a la vista de que los tumores color rectales están afectando a personas cada vez más jóvenes. ¿No es un poco tarde empezarlos a los 50 años? ¿No deberían iniciarse antes estos programas?	1
7	¿Debe ampliarse la edad de cribado?	1
10	Revisión edad de cribado a < de 50 años.	1
12	¿Se debe ampliar la edad de la población diana del cribado CCR? (a partir de 40-45 años / hasta 75 años)	1
6	La segunda cuestión, a mi juicio, pasaría por abordar la necesidad de unificar la edad de los cribados en todo el territorio nacional, con el fin de que no haya pacientes de primera y de segunda según la comunidad en la que residan. En mi opinión, los programas deben adelantarse a una edad por determinar (al menos 5 años) y ponerse en marcha a esa edad en todo el país. El	2

	coste-efectividad de la medida es algo secundario si con ello se logran prevenir a tiempo patologías y evitar muertes, como demuestra la evidencia científica.	
25	Ampliación del rango de edad para inclusión en programa de cribado hasta los 74 años de la edad	5

Puntos para tener en cuenta en este apartado:

- Ampliación de la edad de cribado a los 75 años.
- Disminución de la edad del cribado a 45 años (incluso 40).
 - Pacientes con antecedentes familiares de segundo grado o con solo uno en primer grado de más de 50 años.
 - Evidencia de incremento de la incidencia de CCR en sujetos jóvenes.
- Unificación de la edad de cribado en todos los programas.

Difusión, conocimiento de los programas y educación sanitaria

Este tema es también destacado con frecuencia por los investigadores (7 investigadores y 11 propuestas —cinco de ellas en primera opción—).

Investigador	Propuesta	Orden
1	Difusión del programa y nivel de conocimiento de la población	1
14	Participación en el programa: conocimiento del programa; decisiones informadas; nivel socioeconómico.	1
16	Participación de la población diana: -Difusión del contenido de los programas entre la población diana. -Mejora del conocimiento de la población sobre la importancia del cáncer colorrectal y los beneficios del cribado.	1
19	Educación a la población sobre la prevención del cáncer de colon (ejercicio, buena alimentación, etc.). Educar en los signos de alarma.	1
19	Concienciación de la población sobre la importancia de realizar el screening. Haciendo hincapié en aquellos grupos con el riesgo aumentado.	2
20	Difusión, informando previamente para aumentar la participación y conocimiento del programa, a través de: a. Ayuntamientos b. Redes Sociales c. Centros de salud. Progresiva digitalización y conexión entre programas informáticos para aumentar el acceso (para sanitarios y pacientes) a información adicional y acceso a citas. d. Portal digital en el que el paciente y los profesionales sanitarios tengan acceso rápido para informarse de toda la información relacionada con el programa de cribado.	4
26	Garantizar la difusión de los resultados del programa a la población para mejorar su participación en el mismo utilizando los medios de comunicación, redes, etc.	4
7	¿Son útiles nuevos formatos como videos de YouTube, infografías, podcasts... para innovar en las campañas?	5
10	Material informativo para la población, controles más estrictos para individuos con familiaridad positiva y folletos explicativos de correcta recogida muestra	5
19	Creación de material educativo para la población en general. Incluido campañas de difusión en centros de salud, centros sociales, televisión, etc. Que permita desestigmatizar la enfermedad.	5
15	Educación sanitaria: Es imprescindible en la sociedad actual a pesar del alto nivel de acceso a la información que existe, implementar programas de educación sanitaria en la población general. Es algo necesario a todos los niveles, pero en temas como el diagnóstico precoz de enfermedades tumorales se hace aún más importante implicar al conjunto de la sociedad en el conocimiento global de la enfermedad, el fomento de actitudes preventivas frente al cáncer, el autocuidado, etc.	1

Puntos para tener en cuenta en este apartado:

- Estimular la participación de la población mediante materiales informativos, incluyendo formatos innovadores en los que se haga hincapié en:
 - La necesidad de la prevención.

- Los resultados de los programas.
- Poblaciones de riesgo.
- Instrucciones para la realización de las pruebas.
- Búsqueda de apoyo en la difusión de los programas en medios de comunicación, instituciones, como los ayuntamientos, las redes sociales y los centros de salud.
- Creación de estructuras digitales y sitios web.
- Incrementar la educación sanitaria destacando la prevención y los autocuidados.

Formación de los profesionales

Un investigador destaca la importancia de la formación continuada en los programas de cribado.

Investigador	Propuesta	Orden
26	Formación continuada a los profesionales responsables e implicados en el programa de prevención del CCR (actualizaciones, nuevas guías, modificaciones del circuito, etc.) para facilitar su reversión al resto de compañeros del EAP.	1

Participación y adherencia

Siete investigadores proponen temas directamente relacionados con la participación.

Investigador	Propuesta	Orden
25	Incrementar tasa participación en el programa de cribado (aceptación de las personas invitadas a realizar SOH)	1
1	Nivel de participación y especial énfasis en las razones por las cuales NO participa	2
15	Corresponsabilidad, participación e información adecuada y de calidad: Es necesario fomentar la corresponsabilidad de los pacientes en lo que concierne a su salud. En España un porcentaje muy bajo de la población adulta participa en programas de cribado relacionados con la prevención del cáncer colorrectal, al contrario de lo que ocurre con otros tumores, como el de mama o próstata. Lo comprobamos frecuentemente en las consultas de Atención Primaria. Esto es en gran medida debido al tipo de screening implantado (recogida de muestra de heces) y al hecho de que un positivo condicionará la realización de una prueba que continúa siendo escasamente aceptada en algunos sectores de la población (colonoscopia). Generar implicación y responsabilidad individual en el paciente, así como aportar información clara, sencilla y de calidad mediante campañas institucionales normalizando tanto la recogida de las muestras como la propia colonoscopia en sí ayudaría a desterrar tabús que condicionan esa escasa participación mientras no se puedan implementar otros métodos.	2
5	Estrategias de reclutamiento de ciudadanos para participación en programas	3
7	Estrategias para animar a los pacientes a participar en cribados, especialmente varones	3
8	¿Accedemos realmente a toda la población diana?	3
26	Incentivar la participación (cobertura, seguimiento...) en el programa de prevención de CCR en el contrato programa del CS de Atención Primaria (individual y de CS) para aumentar coberturas.	5

Y otro cinco han propuesto temas relacionados con la adherencia.

Investigador	Propuesta	Orden
2	Estrategias de mejora en adherencia al Programa de cribado: Actualmente, y aunque es heterogénea la cifra, hay mucha disparidad en la participación de la población general en programas de cribado, por lo que sería de utilidad recoger información sobre los aspectos que inciden y mejoras a realizar.	1
4	Adherencia de los programas de cribado: estrategias de mejora.	2
8	Adherencia de la población al programa tanto en el primer paso (SOH) como en el segundo (colonoscopia). Vías de mejora en Atención Primaria (explicar programa y beneficios) y Hospitalaria (listas de espera)	2
10	Vigilancia adherencia protocolos de cribado en las mutuas	3

27	El problema de la adherencia a los programas. Causas de las diferencias, experiencias de buenas prácticas y propuestas de mejora.	3
----	---	---

Puntos para tener en cuenta en este apartado:

- Esforzarse en alcanzar de verdad a toda la población diana.
- Necesidad de incrementar la participación de la población, investigando las razones de no-participación, y estimulando la participación.
- Estimular la corresponsabilidad ciudadana.
- Existencia de variabilidad entre CC AA.
- Necesidad de investigar las causas relacionadas con los niveles de adherencia y la de introducir mejoras. En este sentido se menciona tanto la fase de captación y realización de la prueba de cribado como de la colonoscopia.
- Vías de mejora en Atención Primaria (AP).
 - Mejorar la información y explicar los beneficios.
 - Incorporar el cribado a los contratos programa
- Vías de mejora en atención hospitalaria.
 - Gestión de la lista de espera.
- Importancia de integrar la gestión de la adherencia en los cribados realizados desde las mutuas.

Situación actual e inequidades en los programas de cribado en España

Ocho investigadores, aportando 10 temas de interés, abordan el problema de la necesidad de estudiar en detalle la situación actual de los programas de cribado en España, así como sus circuitos, con especial atención a las inequidades existentes.

Investigador	Propuesta	Orden
2	Situación actual de los programas de cribado de cáncer colorrectal en España.	1
20	Circuitos en las diferentes Comunidades Autónomas: a. Envío de invitaciones. b. Recogida de muestras c. Gestión de pacientes d. Solicitud de pruebas diagnósticas e. Gestión de la información.	5
23	El cribado en las diferentes Comunidades Autónomas: a. Inicio, cronología, y estimación para la fecha de la extensión total de 50 a 69 años. b. Diferentes estrategias de invitación, entrega de colectores, recogida de muestras, y manejo de los positivos.	5
18	Diferencias entre Comunidades Autónomas en relación con las diferentes velocidades de los Programas de Cribado Poblacional	1
24	Desigualdades en la implementación del programa de prevención de cáncer de colon entre las diferentes comunidades.	1
27	Implantación de los programas de cribado de CCR en España: estado actual y previsiones de futuro en aquellas CCAA o áreas dentro de las CCAA en las que no lo esté.	1
7	¿Cómo potenciar la equidad en los cribados?	2
18	Diferencias demográficas y dispersión poblacional dentro del territorio español.	3
9	Nivel de implementación por CCAA.	4
9	Diferentes formas de abordar el cribado por CCAA	3

Participación de atención primaria

Cuatro investigadores se refieren de manera concreta a la participación de la Atención Primaria (AP) en los programas.

Investigador	Propuesta	Orden
26	Remisión de los resultados del programa a Atención Primaria por parte de la coordinación del mismo tanto de datos generales como desglosados por área sanitaria y centro de salud para estimular la participación de los profesionales.	3
2	Implicación de Atención Primaria: Actualmente Atención Primaria efectúa el cribado oportunista y no en todas las CCAA está implicado en el programa de cribado, por lo que es prioritario poner en valor estrategias de cribado en las que la implicación de Atención Primaria sea un valor	3
20	Formación sobre el programa a Atención Primaria. a. Aumentar el conocimiento sobre el programa y mejorar la adhesión, evitando la duplicidad de pruebas diagnósticas.	3
19	Atención primaria: debería poder solicitar colonoscopias de manera preferente a aquellos casos sospechosos o, en su defecto, tener la posibilidad de derivarlos de manera muy rápida a Digestivo/Medicina Interna.	3

Puntos para tener en cuenta en este apartado:

- Feed-back de resultados desde la coordinación del programa.
- Mejorar la organización del cribado poblacional vs el oportunista.
- Formación sobre el programa y optimización de la petición de pruebas.
- Facilitar de derivación para colonoscopia de los casos sospechosos de cáncer.

Otros dos investigadores destacan la importancia de la continuidad asistencial y de la coordinación entre la atención hospitalaria y la primaria en lo que se refiere a los programas.

Investigador	Propuesta	Orden
16	Continuidad Asistencial	5
26	Coordinación ágil entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria implicada en el programa de prevención de CCR.	2

Participación de enfermería y gestión de casos

Dos investigadores, con tres propuestas, destacan la importancia de la enfermería en los programas de cribado. En un caso detallando sus funciones en el trabajo desde Salud Pública y precisando las ventajas de la consulta de enfermería de gestión de casos, tema sobre el que incide también el segundo investigador.

Investigador	Propuesta	Orden
20	Funciones de enfermería en el área de salud pública: a. Calidad i. Supervisar y chequear de forma periódica los errores frecuentes en la introducción de datos en el programa específico del cribado del cáncer de colon. b. Formación i. Formación del personal de enfermería que va a iniciar su labor en la consulta de prevención de cáncer de colon ii. Referente en la resolución de dudas o problemas que puedan surgir en lo relativo al programa de Cribado de Cáncer de colon c. Actualización bases de datos i. Bases de datos mejor configuradas que dan cobertura a las nuevas técnicas y procedimientos. d. Implantación de protocolos i. Participación e implantación de los protocolos en los hospitales para su correcto funcionamiento. e. Nexos de unión enfermería hospitalaria - Salud Pública i. Vínculo entre la enfermería en los hospitales y Salud Pública.	2
20	Consulta enfermería gestora de casos a. Relacionada con los pacientes: i. La información y el trabajo desarrollado en la consulta de enfermería gestora de casos facilita la adhesión al paciente al programa y resuelve problemas relacionados con las pruebas diagnósticas. ii. Disminución de pacientes con mala preparación por explicación y atención detallada e individualizada. iii. Atención integrada, coordinada y continuada, realizando una coordinación entre los profesionales con respuesta única y más eficiente, aumentando la eficacia de la atención y la calidad percibida. b. Relacionada con la gestión recursos hospitalarios: i. Gestión de citas consulta enfermería/colonoscopia ii. Mejora la tasa de colonoscopias incompletas iii. Reducción del coste económico y listas de espera.	1
23	La consulta de enfermería de gestión de casos del cribado: a. Es una herramienta indispensable para la aceptación de colonoscopias, para obtener una buena limpieza, y optimizar la atención a los positivos y sus revisiones. b. Aporta una muy buena experiencia para el paciente, al estar	1

	completamente informado sobre la dieta, la preparación, al conocer el proceso de la colonoscopia de cribado. c. Supone un gran ahorro hospitalario en consultas de Digestivo y en limpiezas de calidad, entre otros.	
--	--	--

Incentivación de los profesionales

Un investigador se pregunta como incentivar a los profesionales sanitarios como enfermería y farmacia comunitaria.

Investigador	Propuesta	Orden
7	¿Cómo involucrar aún más a profesionales sanitarios como enfermería o farmacia comunitaria para potenciar los cribados?	4

Frecuencia de la realización de la prueba de cribado

Dos investigadores se preguntan sobre la frecuencia con la que debe hacerse la prueba de SOH y por tanto el cribado.

Investigador	Propuesta	Orden
12	¿Se debe continuar con frecuencia bianual de TSOH o pasar a frecuencia anual?	2
21	¿Con qué periodicidad debe hacerse el cribado?	2

Optimización de la prueba de cribado basada en SOH

Tres investigadores sugieren mejoras para la optimización del uso de la SOH como prueba de cribado.

Investigador	Propuesta	Orden
14	Prueba de cribado y estrategias para mejorar la sensibilidad/especificidad; VPP/VPN. Periodicidad de la prueba y valoración de los resultados de rondas previas	3
2	Valor del test de SOH para priorizar colonoscopia: Actualmente existe una demora de meses para la realización de la colonoscopia en los casos de TSOH positivos y se propone recoger información sobre cómo utilizar el valor cuantitativo del TSOH para priorizar fecha de colonoscopia	2
5	Medición de hemoglobina en heces: condiciones de preparación del paciente; recogida de muestra; métodos de medida; estrategias de aseguramiento de la calidad.	2

Nuevas pruebas de cribado

Seis investigadores, con siete temas, plantean si ha llegado el momento de utilizar nuevas pruebas diagnósticas.

Investigador	Propuesta	Orden
21	¿Cuál es el mejor método de cribado y cuáles son las diferentes opciones reales de llevar a la práctica?	1
12	¿Se debe continuar con TSOH inmunológico, o es el momento de pasar a otras determinaciones más específicas?	3
15	Nuevos test de screening: biopsia líquida, epigenética: Como dije antes, actualmente el test de screening implantado en España para el diagnóstico precoz del cáncer colorrectal es la prueba de sangre oculta en materia fecal con guayacol (gFOBT). Esta prueba tiene una aceptación relativamente baja, requiere de una dieta restrictiva previa a la toma de muestras y su sensibilidad y especificidad puede verse afectada por factores como la edad, el sexo y fármacos como el AAS. Se hace muy necesario seguir investigando para implantar con fiabilidad otros métodos de screening. La posibilidad de disponer de una prueba que permita el cribado del cáncer colorrectal de forma mínimamente invasiva y sencilla, como ocurre con los tests genéticos en sangre periférica (biopsia líquida), favorecería y aumentaría el nivel de aceptación por parte de la población para realizarse la prueba. La combinación del test en sangre periférica con una prueba	3

	inmunoquímica (FIT) o un test epigenético en materia fecal (como CologuardVR™) aumentarían la sensibilidad de la biopsia líquida que actualmente es muy variable (entre un 48 y un 95% para el gen SEPT9).	
17	Análisis de los diversos métodos de cribado y sostenibilidad de su aplicación. Nuevas opciones potencialmente útiles en el cribado del CCR	3
4	Innovación en los cribados: nuevas tecnologías a aplicar.	4
21	Nuevos métodos de cribado	5
12	Nuevos marcadores para incorporar más allá del test de SOH en la detección precoz del CCR o lesiones precursoras.	5

Demanda y demora de las pruebas

Tres investigadores plantean cuatro temas sobre la gestión de la demanda y los tiempos de espera de las pruebas diagnósticas

Investigador	Propuesta	Orden
1	Tiempos de espera desde inicio a realizar prueba, de la prueba al resultado y del resultado a la decisión de tratamiento.	4
24	Estrategias para adecuar oferta y demanda en las unidades de endoscopia en el programa de prevención del CCR.	3
24	Estrategias de las diferentes unidades para adecuar la demanda de seguimiento de pacientes incluidos o excluidos tras la detección de lesiones a en el programa de prevención del CCR.	4
14	definición y publicación de normativa que establezca demoras máximas deseables para realización de colonoscopia tras positividad de SOH, dado que por su carácter de cribado administrativamente no siempre se considera como prueba realmente diagnóstica	4

Puntos de interés en este apartado:

- Importancia del análisis de los tiempos de espera.
- Necesidad de estrategias para adecuar oferta y demanda de las colonoscopias.
- Importancia de tener en cuenta las colonoscopias de seguimiento.
- Incluir el cribado en la normativa de demora máxima.

Circuito asistencial

Un investigador propone la recaptación de las colonoscopias asistenciales para el programa, analizando su fiabilidad y calidad.

Investigador	Propuesta	Orden
3	Programas de recaptación de colonoscopias asistenciales para integrar en circuitos de cribado: fiabilidad y medición de la calidad.	1

Inteligencia artificial aplicada y colonoscopia de cribado

Un investigador plantea este tema.

Investigador	Propuesta	Orden
17	Colonoscopia de cribado e inteligencia artificial. ¿Es necesario mejorar lo que ya tenemos? Análisis crítico.	5

Limpeza intestinal

Dos investigadores destacan la importancia de la buena preparación en las colonoscopias de cribado.

Investigador	Propuesta	Orden
11	Limpeza de intestino: efectividad y aceptabilidad	4
12	¿Qué producto debe recomendarse para la preparación de la colonoscopia en el cribado de CCR?	5

Estandarización del proceso de cribado

Un investigador traslada la importancia de la estandarización de los resultados tanto anatomopatológicos como de endoscopia, así como del envío de muestras/pólipos complejos. Un segundo investigador menciona la necesidad de registrar de manera adecuada y uniforme entre programas de los datos referentes a los pacientes que pertenecen a grupos de riesgo.

Investigador	Propuesta	Orden
22	Diagnóstico patológico estandarizado de lesiones malignas del cribado.	2
22	Codificación homogénea/estandarizada de los diagnósticos patológicos y endoscópicos provenientes de cribado para optimizar la recuperación de datos epidemiológicos.	3
22	Estandarizar el envío de muestras/pólipos provenientes del cribado complejas.	4
8	Los grupos de riesgo ¿los registramos de igual forma o son datos que se pierden?	5

Seguimiento de los pacientes sometidos a cribado

Dos investigadores señalan la importancia de este seguimiento. Uno recomienda adoptar los criterios ESGE 2020. El otro plantea la importancia de este de manera más general.

Investigador	Propuesta	Orden
11	Adaptación de los niveles de riesgo actuales como resultado de una colonoscopia de confirmación (ESGE 2010) a la toma de decisiones de seguimiento colonoscopia (ESGE 2020)	1
2	Seguimiento de los pacientes con prueba colonoscópica realizada: Si bien la primera ronda de cribado puede resultar la más importante, no lo es menos los controles que deben llevar los pacientes con extirpación de pólipos, y resulta una prioridad conocer las recomendaciones y el seguimiento que se hace de ellos.	4

Evaluación y resultados de los programas

10 investigadores se ocupan de este tema aportando 12 temas

Investigador	Propuesta	Orden
4	Evaluación de los resultados: indicadores.	1
14	Población diana del programa poblacional: VPP para la prueba de cribado según número de participaciones, edad y sexo	2
25	Disponibilidad sistema integrado de información, a escala nacional, sobre los ítems más relevantes (participación, resultados...).	2
3	Programas de registros de bases de datos: ¿integración nacional?	2
27	Metodología utilizada en las diferentes CCAA en sus programas de cribado de CCR. ¿Son todas iguales? ¿No, pero hay alguna mejor que otra o deberían ser homogéneas? Otra diferencia llamativa es que en algunas CCAA (Galicia, por ejemplo) el Programa también se encarga del seguimiento endoscópico de los pacientes a los que se les extirpan pólipos y precisan endoscopias de seguimiento	2
1	Cuadro de mandos con indicadores de proceso y de resultados.	3

6	Resulta necesario aglutinar los resultados obtenidos en los cribados para que pueda hacerse una base de datos nacional que aporte información sobre estas patologías. Lo ideal sería que los médicos e investigadores pudieran acceder a dichos resultados en tiempo real para medir mejor la eficacia de las acciones preventivas y conocer si hay variabilidad en función del territorio o del perfil que presenten los pacientes. A más información, mejor mapa epidemiológico y mejor diagnóstico.	3
17	Registro de los resultados, errores frecuentes.	4
5	Utilización de herramientas de análisis avanzado de datos en los programas de cribado	5
27	Evaluación de los resultados de proceso y resultados de los programas: desde la gestión macro de los programas a la micro de los endoscopistas.	5
15	Feedback de resultados personalizados a los endoscopistas.	3
6	Elaborar un plan nacional con los resultados obtenidos en los cribados generalizados en colaboración con todas las administraciones sanitarias. Este plan debe ser uniforme e involucrar al Ministerio y comunidades. Para lograr el consenso es clave el debate en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.	5

Puntos para tener en cuenta en este apartado:

- **Importancia de la existencia de indicadores de resultado uniformes en todos los programas, resultado de una metodología unificada, o al menos conocida en sus diferencias.**
 - Como casos particulares se comenta:
 - VPP de la prueba de cribado
 - Seguimiento.
 - Análisis de errores
- **Necesidad de un sistema nacional integrado de información accesible.**
 - En la medida de lo posible en tiempo real
 - Con la posibilidad de análisis avanzado de datos.
 - Que sea útil tanto a nivel macro (gestión programas) como micro (endoscopistas), incluyendo feedback personalizado a los endoscopistas
 - Elaboración de un plan nacional con los resultados obtenidos.

Calidad de los programas

Once investigadores, con doce propuestas, indican la importancia de la calidad de los programas.

Investigador	Propuesta	Orden
3	Calidad de la colonoscopia.	2
17	Criterios e indicadores de la calidad de los programas.	2
5	Diseño de indicadores de calidad y de seguimiento de los programas de cribado.	4
14	Indicadores de calidad de los programas poblacionales de cribado: colonoscopia (TDA); % seguimiento de lesiones; tiempos entre positivo y colonoscopia...	4
16	Garantía de calidad científico-técnica - ¿Cómo monitorizar el cumplimiento de los circuitos asistenciales? - Calidad técnica de la colonoscopia: ¿cómo medir y cómo corregir déficits? - Cumplimiento de las recomendaciones científicas en prevención terciaria. - Calidad técnica de la cirugía del cáncer - Cumplimiento de las recomendaciones de tratamiento oncológico en cáncer localmente avanzado y metastásico.	4
18	Compartir las buenas prácticas de aquellas comunidades en las que la adherencia a los programas y su funcionamiento están por encima de la media nacional.	4
17	Principales problemas y alternativas para mejorar los programas de cribado existentes en sistemas sanitarios públicos europeos. Análisis de los mejores.	4
23	"La colonoscopia de cribado: a. Ocupa más tiempo que una colonoscopia normal. b. La limpieza del colon es un factor determinante en el resultado de la colonoscopia de cribado. c. La sedación en la colonoscopia de cribado permite el trabajo del endoscopista con confortabilidad del paciente y disminuye las repeticiones. "	4

27	Quién debe realizar las endoscopias y cómo se evalúan los resultados, indicadores de calidad. En algunas CCAA hay endoscopistas "acreditados" y en otras cualquier endoscopista puede hacer endoscopias de los programas de cribado.	4
1	Estudio de los resultados identificando puntos fuertes y por otro lado los aspectos de mejora	5
11	Profesionales que deben llevar a cabo el programa: Enfermería vs MF en AP y requisitos de calidad que se precisan para la realización de colonoscopia de cribado vs diagnóstica.	5
18	Listas de espera para la realización de colonoscopias en los positivos por TSOH.	5

Puntos para tener en cuenta en este apartado.

- Necesidad de tener indicadores de calidad tanto para los programas como para la colonoscopia, así como para el seguimiento.
- Algunos puntos específicos para cubrir:
 - Medición de la tasa de detección de adenomas (TDA), del porcentaje de seguimiento de las lesiones y del tiempo mediante entre el positivo en SOH y la colonoscopia, con control de la lista de espera de colonoscopia.
 - Monitorización de los circuitos asistenciales, medición de la calidad técnica de la colonoscopia, con mejoras para corregir déficits, cumplimiento de las recomendaciones de prevención terciaria, calidad técnica de la cirugía del cáncer, cumplimiento de los estándares en el tratamiento oncológico de los cánceres localmente avanzados y metastásicos.
 - Realizar benchmarking teniendo en cuenta las CC. AA. Con mejores resultados en adherencia y funcionamiento de los programas.
 - Estudiar los programas europeos para mejorar nuestros programas.
 - Hay que destacar la importancia de los puntos clave de la colonoscopia:
 - Necesidad de tiempo adecuado para su realización.
 - La importancia de la limpieza colónica.
 - Necesidad de una sedación adecuada.
 - Confortabilidad del paciente.
 - Facilitación de la endoscopia para el endoscopista.
 - Disminuye la necesidad de repeticiones.
 - Acreditación y formación de los endoscopistas.
 - Profesionales encargados del programa en AP: enfermería/MAP

Participación de organizaciones y asociaciones

Dos investigadores señalan la importancia de la participación de las diversas organizaciones profesionales y de pacientes y de la Alianza para la Prevención del Cáncer de Colon.

Investigador	Propuesta	Orden
13	Papel de las organizaciones profesionales y de las organizaciones de pacientes en el proceso de implantación de un programa de cribado de cáncer colorrectal en España.	5
9	Papel de la Alianza para la Prevención del CCR.	5

Población de alto riesgo, cánceres hereditarios, consejo genético, genética clínica

Tres investigadores plantean cuatro temas relacionados con la población de alto riesgo, los cánceres hereditarios, el consejo genético y la necesidad de les especialidad de genética clínica.

Investigador	Propuesta	Orden
2	Cribado de cáncer de colon en población de alto riesgo: Al margen del cribado de cáncer de colon por Programas de cribado en población de riesgo medio (> 50 años), hay otra población de alto riesgo (sd hereditarios, familiares, pacientes con EII, etc.) que requiere ser cribado sin que se disponga de datos sobre su realización y características que ayudaría a fomentar su realización de forma sistemática.	5
4	Población sana con síndromes hereditarios.	3
15	Consejo Genético: El consejo genético se incluye dentro de las herramientas indispensables en el screening de los tumores hereditarios, como ocurre con un porcentaje de los tumores de colon. Actualmente en mi hospital de referencia, el consejo genético lo realizan los mismos profesionales que atienden las consultas de oncología (que de por sí ya están muy saturadas) y la lista de espera para las consultas de consejo genético oncológico es de aproximadamente 3-4 años. Esto es algo que ni los pacientes ni el sistema se puede permitir. Estas consultas no son accesibles para derivación desde Atención Primaria, que es una de las fuentes principales de detección de personas de riesgo. Incrementar el número de consultas de este tipo atendidas por especialistas en la materia y permitir la derivación desde Atención Primaria incrementaría las probabilidades de detección de síndromes hereditarios.	4
15	Especialidad de Genética Clínica: España es el único país de Europa en el que no existe la especialidad de Genética Clínica. La medicina personalizada es el futuro del screening, diagnóstico, seguimiento y tratamiento de multitud de patologías graves, crónicas y obviamente del cáncer. No disponer de una especialidad y por consiguiente de unos profesionales de referencia que aglutinen todo lo que los avances en genética puedan aportar al estudio de la enfermedad es un perjuicio grave para los pacientes y el sistema.	5

Impacto del COVID

Tres investigadores mencionan el importante impacto de la pandemia por COVID en los programas., mencionando los cuellos de botella provocados y la necesidad de protocolos de contingencia.

Investigador	Propuesta	Orden
18	Cuellos de botella provocados por la crisis sanitaria de la Covid_19	2
24	Impacto de la pandemia COVID en el programa de cribado de CCR.	2
4	Protocolos de contingencia en el contexto de la pandemia.	5

COMENTARIOS ADICIONALES DE LOS INVESTIGADORES

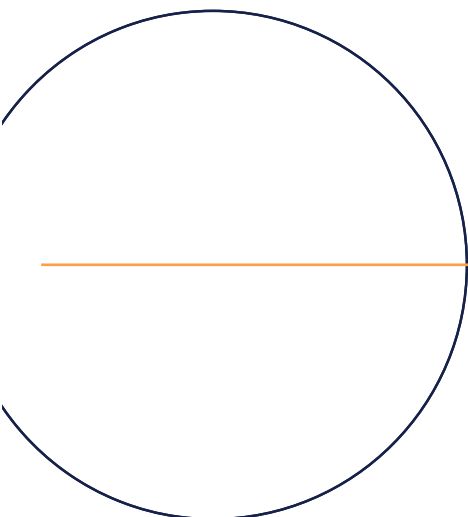
Investigador	Propuesta
8	Análisis de los resultados del programa en cada comunidad y comparación entre éstas. - ¿Accedemos realmente a toda la población diana?: pérdidas en el correo postal, cambios dirección... Registro de los resultados, errores frecuentes: algunos pacientes que no reciben la carta se lo hacen por su cuenta sin que conste en el registro o consta en su historia y no están dados de alta en la base de datos del programa.
11	También podría ser importante definir excepciones temporales y definitivas en el cribado
17	Planteo algunos temas generales que probablemente es imprescindible tratar, así como otros que debemos en los que no todo está claro.
25	El principal incentivo en Atención Primaria para garantizar una correcta participación en el programa es mejorar las condiciones laborales de los Médicos de Familia en sus CS (más tiempo por paciente (10 min/paciente, frente a los menos de 5 minutos actuales), menos pacientes por día (máximo 30 pacientes/día frente a los 50 en adelante) y cobertura de todas las plazas sin cubrir en atención primaria. En resumen, volver a Priorizar la Atención Primaria y no abandonarla como sucede actualmente en algunas comunidades autónomas, especialmente en la que yo trabajo, la Comunidad de Madrid donde existen plazas sin cubrir porque los médicos de familia no ocupan dichas plazas por las malas condiciones laborales que existen. Así es muy difícil que sigamos motivando, pese a que diariamente lo hacemos, a nuestros compañeros para que se impliquen aún más en nuevas actividades pese a la evidencia científica de su bondad y beneficio para la población. Si queremos un programa de cribado que funcione es necesario cuidar a los profesionales e invertir allí donde el paciente consulta por primera vez y donde tiene su confianza depositada. Y ese lugar es Atención Primaria.

LISTADO AGRUPADO DE ÁREAS/TEMAS DE INTERÉS PROPUESTOS

En la siguiente tabla se presenta una agrupación de las áreas y temas de interés propuestos por los investigadores, a modo de resumen. En la primera columna se señala el área/tema de interés, en la segunda el número de investigadores que han realizado propuestas dentro de ese epígrafe, mientras que la tercera columna indica el número total de propuestas realizadas por esos investigadores. La cuarta columna muestra el promedio de priorización (número de orden de 1 a 5 de la propuesta, dentro de las 5 que cada investigador ha realizado) que los investigadores han señalado para esas propuestas. Se han marcado en rojo las áreas/temas de interés que han recibido 8 o más propuestas y en azul las que han recibido entre 4 y 7.

ÁREA/TEMAS DE INTERÉS PROPUESTOS	INVESTIGADORES (n)	PROPUESTAS (n)	PROMEDIO PRIORIZACIÓN
Epidemiología del CCR.	2	2	1.50
Prevención primaria del CCR	1	1	4.00
Evidencia sobre los programas de cribado: eficacia, efectividad, eficiencia e impacto.	7	9	1.89
Organización y desarrollo de los programas			
Aspectos generales de la organización de los programas.	8	8	3.88
Edad de inicio y finalización del cribado.	8	10	2.40
Difusión, conocimiento de los programas y educación sanitaria.	7	11	2.73
Formación de los profesionales.	1	1	1
Participación y adherencia.	12	12	2.50
Situación actual e inequidades de los programas en España.	8	10	2.60

Participación de atención primaria.	6	6	3.17
Participación de enfermería y gestión de casos.	2	3	1.33
Incentivación de los profesionales.	1	1	4.00
Frecuencia de la realización de la prueba de cribado.	2	2	2.00
Optimización de la prueba de cribado basada en SOH.	3	3	2.33
Nuevas pruebas de cribado.	6	7	3.43
Demanda y demora de las pruebas.	3	4	3.75
Circuito asistencial de las colonoscopias.	1	1	1.00
Inteligencia artificial aplicada a la colonoscopia de cribado.	1	1	5.00
Limpieza intestinal.	2	2	4.50
Estandarización del proceso de cribado.	2	4	3.50
Seguimiento de los pacientes sometidos a cribado	2	2	2.50
Evaluación y resultados de los programas.	10	12	3.08
Calidad de los programas.	11	12	3.92
Participación de organizaciones y asociaciones.			
	2	2	5.00
Población de alto riesgo, cánceres hereditarios, consejo genético y genética clínica.			
	3	4	4.25
Impacto del COVID.			
	3	3	3.00



MATERIAL SUPLEMENTARIO

VALORACIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

Material suplementario 03

INFORME SOBRE LA VALORACIÓN DE LA IMPORTANCIA DE LOS TEMAS DE INTERÉS POR PARTE DE LOS INVESTIGADORES

CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO

- Antecedentes.
- Metodología seguida en la valoración de temas de interés.
- Detalle de la valoración realizada por los investigadores de los diferentes temas de interés previamente propuestos por ellos mismos.
- Comentarios adicionales de los investigadores.
- Listado ordenado por puntuaciones de los diferentes temas de interés propuestos.
- Resumen y conclusiones

ANTECEDENTES

En la primera fase del proyecto los investigadores cumplimentaron un cuestionario en el que se les pidió que señalasen 5 temas, ordenados por prioridad, que a su juicio debieran ser tenidos en cuenta en la elaboración del libro blanco. En un informe previo ([material suplementario 02](#)) se presentó en detalle el resultado obtenido, que se resume en la siguiente tabla, donde se especifica el número de investigadores proponentes para cada tema, el número de propuestas referidas a cada uno de ellos y el promedio de priorización realizado por los citados investigadores.

ÁREA/TEMAS DE INTERÉS PROPUESTOS	INVESTIGADORES (n)	PROPUESTAS (n)	PROMEDIO PRIORIZACIÓN
Epidemiología del CCR.	2	2	1.50
Prevencción primaria del CCR	1	1	4.00
Evidencia sobre los programas de cribado: eficacia, efectividad, eficiencia e impacto.	7	9	1.89
Organización y desarrollo de los programas			
Aspectos generales de la organización de los programas.	8	8	3.88
Edad de inicio y finalización del cribado.	8	10	2.40
Difusión, conocimiento de los programas y educación sanitaria.	7	11	2.73
Formación de los profesionales.	1	1	1
Participación y adherencia.	12	12	2.50
Situación actual e inequidades de los programas en España.	8	10	2.60
Participación de atención primaria.	6	6	3.17
Participación de enfermería y gestión de casos.	2	3	1.33
Incentivación de los profesionales.	1	1	4.00
Frecuencia de la realización de la prueba de cribado.	2	2	2.00

Optimización de la prueba de cribado basada en SOH.	3	3	2.33
Nuevas pruebas de cribado.	6	7	3.43
Demanda y demora de las pruebas.	3	4	3.75
Circuito asistencial de las colonoscopias.	1	1	1.00
Inteligencia artificial aplicada a la colonoscopia de cribado.	1	1	5.00
Limpieza intestinal.	2	2	4.50
Estandarización del proceso de cribado.	2	4	3.50
Seguimiento de los pacientes sometidos a cribado	2	2	2.50
Evaluación y resultados de los programas.	10	12	3.08
Calidad de los programas.	11	12	3.92
Participación de organizaciones y asociaciones.			
	2	2	5.00
Población de alto riesgo, cánceres hereditarios, consejo genético y genética clínica.			
	3	4	4.25
Impacto del COVID.			
	3	3	3.00

Con posterioridad se pidió a los investigadores que puntuasen cada uno de estos temas en una escala de 1 a 10 siendo 1 nada importante y 10 extremadamente importante.

En el presente informe se presentan los resultados de esta valoración. Los 27 investigadores han cumplimentado sus valoraciones de todos y cada uno de los temas propuestos.

METODOLOGÍA SEGUIDA EN LA VALORACIÓN DE TEMAS DE INTERÉS

Para cada uno de los temas previamente propuestos se ha calculado la media aritmética, la desviación estándar, la mediana, la moda, los valores mínimo y máximo y el coeficiente de asimetría, teniendo en cuenta las 27 puntuaciones. También se ha calculado en cada tema la función acumulativa de probabilidad para cada valor, asumiendo una distribución normal,

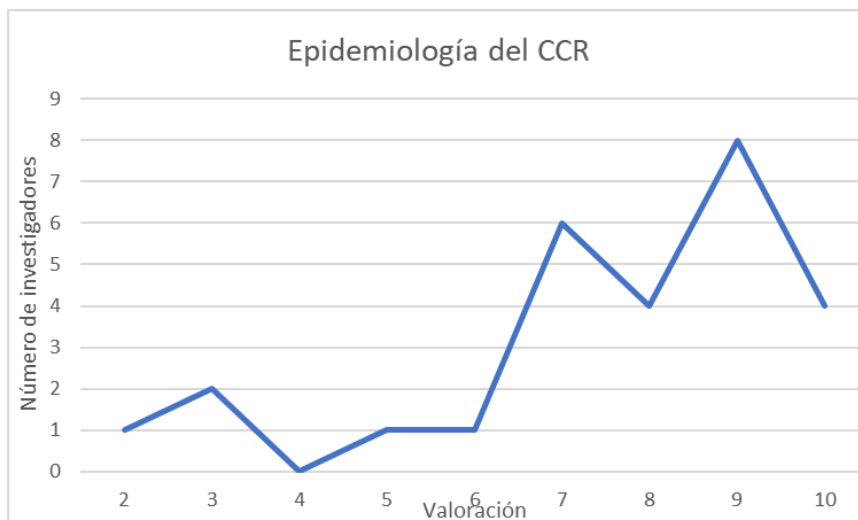
de forma que se han estimado así los valores inferiores y superiores que se encuentran fuera de los límites de probabilidad inferiores a 0.025 y superiores a 0.975. Teniendo en cuenta estos valores se ha recalculado de nuevo la media aritmética, la desviación estándar, la mediana, la moda y el coeficiente de asimetría, excluyendo los valores fuera de los intervalos de probabilidad señalados. El resultado final principal se presenta como la media aritmética obtenida tras de la eliminación de estos valores. Para la interpretación de estos promedios se ha seguido un criterio paralelo al de las calificaciones académicas considerando que valores entre 1 y 4 son de importancia baja, los valores entre 5 y 6, de importancia moderada, entre 7 y 8 de notable importancia y entre 9 y 10, de sobresaliente importancia.

DETALLE DE LA VALORACIÓN DE LOS INVESTIGADORES EN CADA TEMA

En cada tema se presenta primero un gráfico con el número de investigadores que ha puntuado cada una de las posibles valoraciones de 1 a 10, seguido de una tabla con los resultados obtenidos. Finalmente se comenta brevemente la diferencia del resultado

correspondiente a la media aritmética, tras de excluir los valores cuyas probabilidades acumulativas son inferiores a 0.025 o superiores a 0.975.

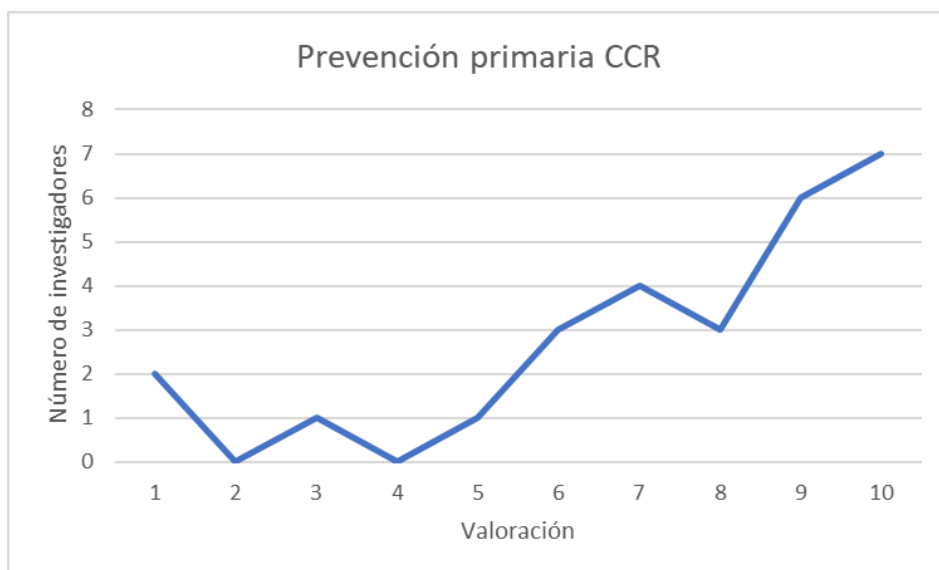
Epidemiología del CCR



Min	2
Max	10
Mediana	8
Moda	9
Media aritmética	7.59
Desviación estándar	2.19
Coefficiente de asimetría	-1.24
Probabilidad valor inferior 3	0.0179
Probabilidad valor superior 10	0.8643
Valor normal inferior aceptado	4
Valor normal superior aceptado	10
Media aritmética tras exclusiones	8.21
Desviación estándar tras exclusiones	1.35
Coefficiente asimetría tras exclusiones	-0.53
Mediana tras exclusiones	8,5
Moda tras exclusiones	9

El promedio de la valoración es de 7.59, que sube a 8.21 si se excluyen los 3 valores por debajo de 4 (dos investigadores puntuaron 3 y uno 2).

Prevención primaria



Min	1
Max	10
Mediana	8
Moda	10
Media aritmética	7.56
Desviación estándar	2.61
Coefficiente de asimetría	-1.33
Probabilidad valor inferior 2	0.0165
Probabilidad valor superior 10	0.8258
Valor normal inferior aceptado	3
Valor normal superior aceptado	10
Media aritmética tras exclusiones	8.08
Desviación estándar tras exclusiones	1.87
Coefficiente asimetría tras exclusiones	-0.96
Mediana tras exclusiones	9
Moda tras exclusiones	10

El promedio de la valoración es de 7.56, que sube a 8.08 si se excluyen los 2 valores por debajo de 2 (dos investigadores puntuaron 1).

Evidencia sobre los programas de cribado: eficacia, efectividad, eficiencia e impacto



Min	4
Max	10
Mediana	10
Moda	10
Media aritmética	8.93
Desviación estándar	1.59
Coefficiente de asimetría	-1.85
Probabilidad valor inferior 5	0.0068
Probabilidad valor superior 10	0.7501
Valor normal inferior aceptado	6
Valor normal superior aceptado	10
Media aritmética tras exclusiones	9.28
Desviación estándar tras exclusiones	0.98
Coefficiente asimetría tras exclusiones	-1.20
Mediana tras exclusiones	10
Moda tras exclusiones	10

El promedio de la valoración es de 8.93, que sube a 9.28 si se excluyen los 2 valores por debajo de 7 (un investigador puntuó 4 y otro 5).

Organización y desarrollo de los programas

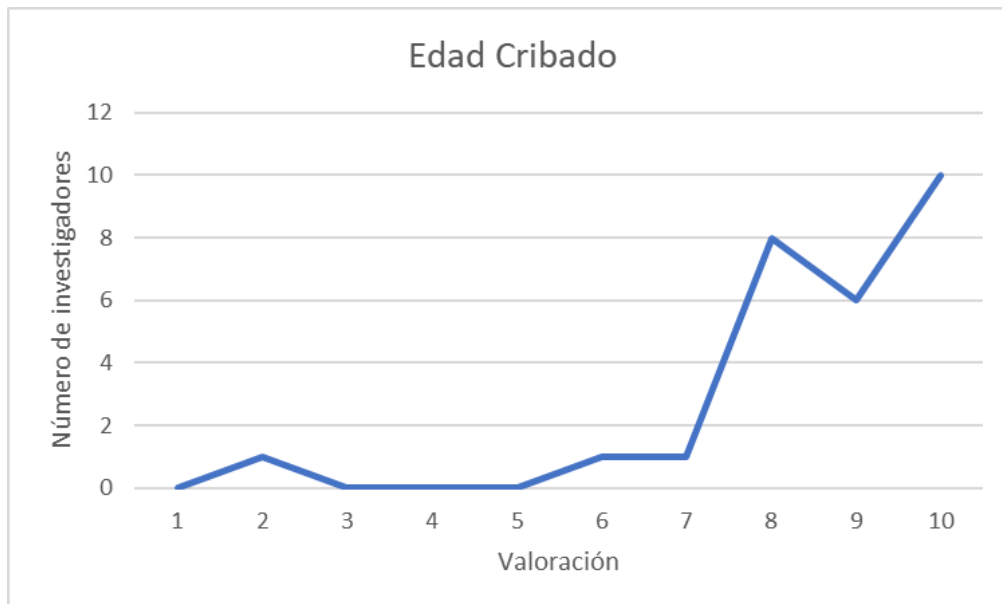
Aspectos generales de la organización de los programas



Min	6
Max	10
Mediana	8
Moda	8
Media aritmética	8.26
Desviación estándar	0.94
Coficiente de asimetría	-0.27
Probabilidad valor inferior 6	0.0084
Probabilidad valor superior 10	0.9674
Valor normal inferior aceptado	7
Valor normal superior aceptado	9
Media aritmética tras exclusiones	8.21
Desviación estándar tras exclusiones	0.72
Coficiente asimetría tras exclusiones	-0.34
Mediana tras exclusiones	8
Moda tras exclusiones	8

El promedio de la valoración es de 8.26, que baja a 8,21 si se excluyen el valor inferior a 7 (un investigador puntuó 6) y los 2 valores por encima de 9 (dos investigadores puntuaron 10).

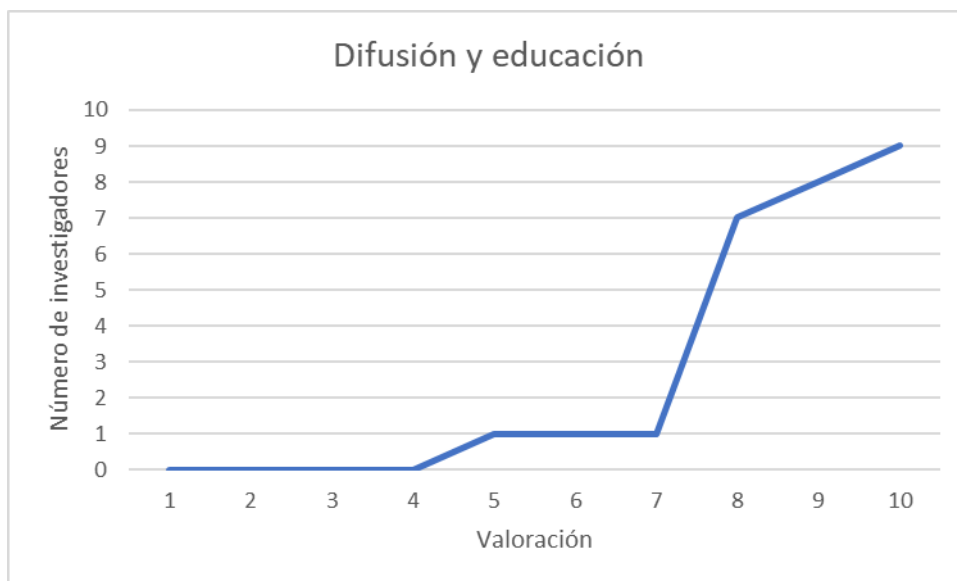
Edad de inicio y finalización del cribado



Min	2
Max	10
Mediana	9
Moda	10
Media aritmética	8.63
Desviación estándar	1.71
Coefficiente de asimetría	-2.40
Probabilidad valor inferior 5	0.0171
Probabilidad valor superior 10	0.7881
Valor normal inferior aceptado	6
Valor normal superior aceptado	10
Media aritmética tras exclusiones	8.88
Desviación estándar tras exclusiones	1.11
Coefficiente asimetría tras exclusiones	-0.71
Mediana tras exclusiones	9
Moda tras exclusiones	10

El promedio de la valoración es de 8.63, que sube a 8.88 si se excluye el valor por debajo de 6 (un investigador puntuó 2).

Difusión, conocimiento de los programas y educación sanitaria



Min	5
Max	10
Mediana	9
Moda	10
Media aritmética	8.74
Desviación estándar	1.29
Coefficiente de asimetría	-1.22
Probabilidad valor inferior 6	0.0167
Probabilidad valor superior 10	0.8357
Valor normal inferior aceptado	7
Valor normal superior aceptado	10
Media aritmética tras exclusiones	9.00
Desviación estándar tras exclusiones	0.91
Coefficiente asimetría tras exclusiones	-0.36
Mediana tras exclusiones	9
Moda tras exclusiones	10

El promedio de la valoración es de 8.74, que sube a 9.00 si se excluyen los dos valores por debajo de 7 (un investigador puntuó 5 y otro 6).

Formación de los profesionales



Min	5
Max	10
Mediana	8
Moda	8
Media aritmética	8.26
Desviación estándar	1.35
Coefficiente de asimetría	-0.41
Probabilidad valor inferior 5	0.0078
Probabilidad valor superior 10	0.9018
Valor normal inferior aceptado	6
Valor normal superior aceptado	10
Media aritmética tras exclusiones	8.38
Desviación estándar tras exclusiones	1.20
Coefficiente asimetría tras exclusiones	-0.08
Mediana tras exclusiones	8
Moda tras exclusiones	8

El promedio de la valoración es de 8.26, que sube a 8.38 si se excluye el valor por debajo de 6 (un investigador puntuó 5).

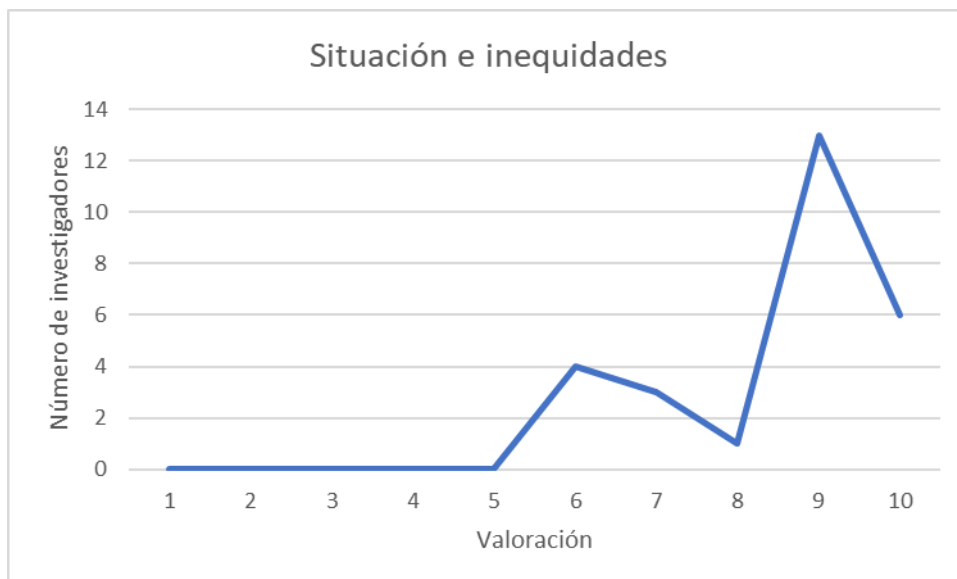
Participación y adherencia



Min	7
Max	10
Mediana	9
Moda	9
Media aritmética	9,11
Desviación estándar	0.85
Coefficiente de asimetría	-0.63
Probabilidad valor inferior 7	0.0064
Probabilidad valor superior 10	0.8529
Valor normal inferior aceptado	8
Valor normal superior aceptado	10
Media aritmética tras exclusiones	9.19
Desviación estándar tras exclusiones	0.75
Coefficiente asimetría tras exclusiones	-0.34
Mediana tras exclusiones	9
Moda tras exclusiones	9

El promedio de la valoración es de 9.11, que sube a 9.19 si se excluye el valor por debajo de 8 (un investigador puntuó 7).

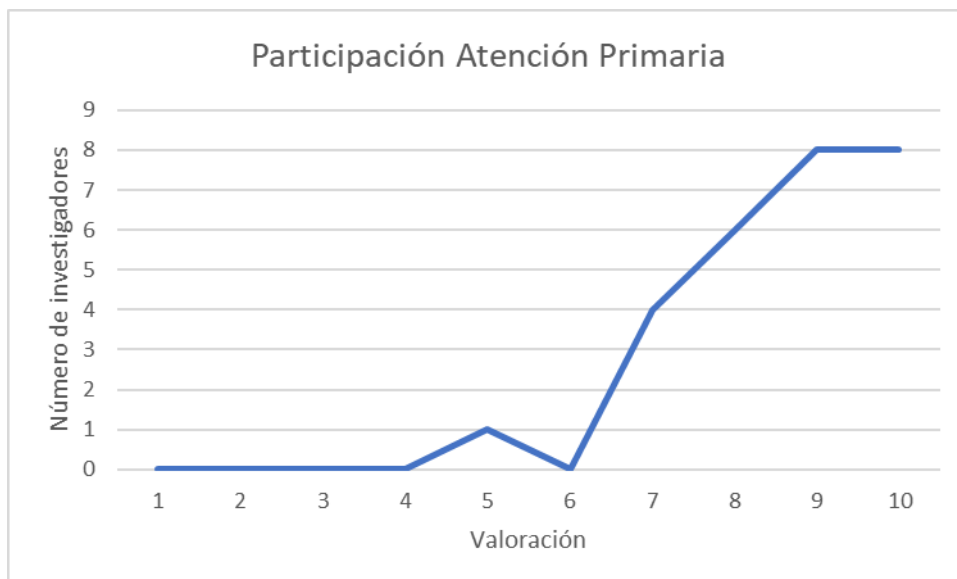
Situación actual e inequidades en los programas de cribado en España



Min	6
Max	10
Mediana	9
Moda	9
Media aritmética	8.52
Desviación estándar	1.37
Coefficiente de asimetría	-0.87
Probabilidad valor inferior 5	0.0051
Probabilidad valor superior 10	0.8604
Valor normal inferior aceptado	6
Valor normal superior aceptado	10
Media aritmética tras exclusiones	8.52
Desviación estándar tras exclusiones	1.37
Coefficiente asimetría tras exclusiones	-0.87
Mediana tras exclusiones	9
Moda tras exclusiones	9

En este caso el promedio es de 8.52 y no se modifica pues no se realiza exclusión alguna ya que ningún investigador ha puntuado por debajo de 6.

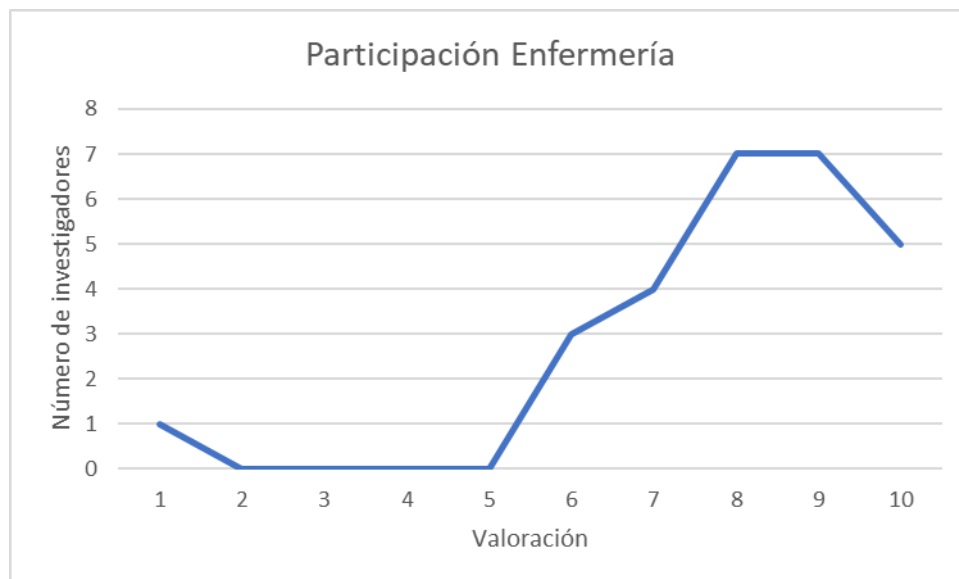
Participación de atención primaria



Min	5
Max	10
Mediana	9
Moda	9
Media aritmética	8.63
Desviación estándar	1.28
Coefficiente de asimetría	-0.91
Probabilidad valor inferior 6	0.0196
Probabilidad valor superior 10	0.8587
Valor normal inferior aceptado	7
Valor normal superior aceptado	10
Media aritmética tras exclusiones	8.77
Desviación estándar tras exclusiones	1.07
Coefficiente asimetría tras exclusiones	-0.35
Mediana tras exclusiones	9
Moda tras exclusiones	9

El promedio de la valoración es de 8,63, que sube a 8.77 si se excluye el valor por debajo de 7 (un investigador puntuó 5).

Participación de enfermería y gestión de casos



Min	1
Max	10
Mediana	8
Moda	9
Media aritmética	8,00
Desviación estándar	1.88
Coefficiente de asimetría	-2.02
Probabilidad valor inferior 4	0.0167
Probabilidad valor superior 10	0.8562
Valor normal inferior aceptado	5
Valor normal superior aceptado	10
Media aritmética tras exclusiones	8.27
Desviación estándar tras exclusiones	1.28
Coefficiente asimetría tras exclusiones	-0.30
Mediana tras exclusiones	8
Moda tras exclusiones	9

El promedio de la valoración es de 8.00, que sube a 8.27 si se excluye el valor por debajo de 5 (un investigador puntuó 1).

Incentivación de los profesionales



Min	1
Max	10
Mediana	7
Moda	7
Media aritmética	7.19
Desviación estándar	1.94
Coefficiente de asimetría	-1.51
Probabilidad valor inferior 3	0.0156
Probabilidad valor superior 10	0.9264
Valor normal inferior aceptado	4
Valor normal superior aceptado	10
Media aritmética tras exclusiones	7.60
Desviación estándar tras exclusiones	1.26
Coefficiente asimetría tras exclusiones	-0.11
Mediana tras exclusiones	8
Moda tras exclusiones	7

El promedio de la valoración es de 7.19, que sube a 7.60 si se excluyen los dos valores por debajo de 4 (un investigador puntuó 1 y otro 3).

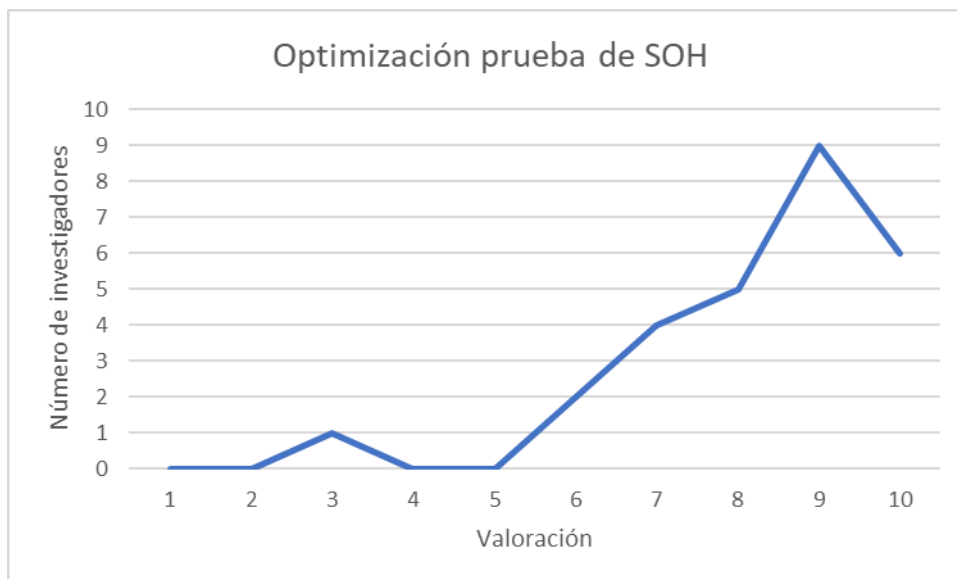
Frecuencia de la realización de la prueba de cribado



Min	5
Max	10
Mediana	8
Moda	7
Media aritmética	7.96
Desviación estándar	1.51
Coefficiente de asimetría	-0.30
Probabilidad valor inferior 5	0.0246
Probabilidad valor superior 10	0.9119
Valor normal inferior aceptado	6
Valor normal superior aceptado	10
Media aritmética tras exclusiones	8.20
Desviación estándar tras exclusiones	1.29
Coefficiente asimetría tras exclusiones	-0.03
Mediana tras exclusiones	8
Moda tras exclusiones	7

El promedio de la valoración es de 7.96, que sube a 8.20 si se excluyen los dos valores por debajo de 6 (dos investigadores puntuaron 5).

Optimización de la prueba de cribado basada en SOH



Min	3
Max	10
Mediana	9
Moda	9
Media aritmética	8,30
Desviación estándar	1.61
Coefficiente de asimetría	-1.47
Probabilidad valor inferior 5	0.0205
Probabilidad valor superior 10	0.8546
Valor normal inferior aceptado	6
Valor normal superior aceptado	10
Media aritmética tras exclusiones	8.50
Desviación estándar tras exclusiones	1.24
Coefficiente asimetría tras exclusiones	-0.54
Mediana tras exclusiones	9
Moda tras exclusiones	9

El promedio de la valoración es de 8.30, que sube a 8.50 si se excluye la puntuación realizada por debajo de 6 (un investigador puntuó 3).

Nuevas pruebas de cribado



Min	3
Max	10
Mediana	8
Moda	8
Media aritmética	7.93
Desviación estándar	1.57
Coefficiente de asimetría	-1.36
Probabilidad valor inferior 4	0.0061
Probabilidad valor superior 10	0.9072
Valor normal inferior aceptado	5
Valor normal superior aceptado	10
Media aritmética tras exclusiones	8.12
Desviación estándar tras exclusiones	1.24
Coefficiente asimetría tras exclusiones	-0.64
Mediana tras exclusiones	8
Moda tras exclusiones	8

El promedio de la valoración es de 7.93, que sube a 8.12 si se excluye la valoración realizada por debajo de 6 (un investigador puntuó 3).

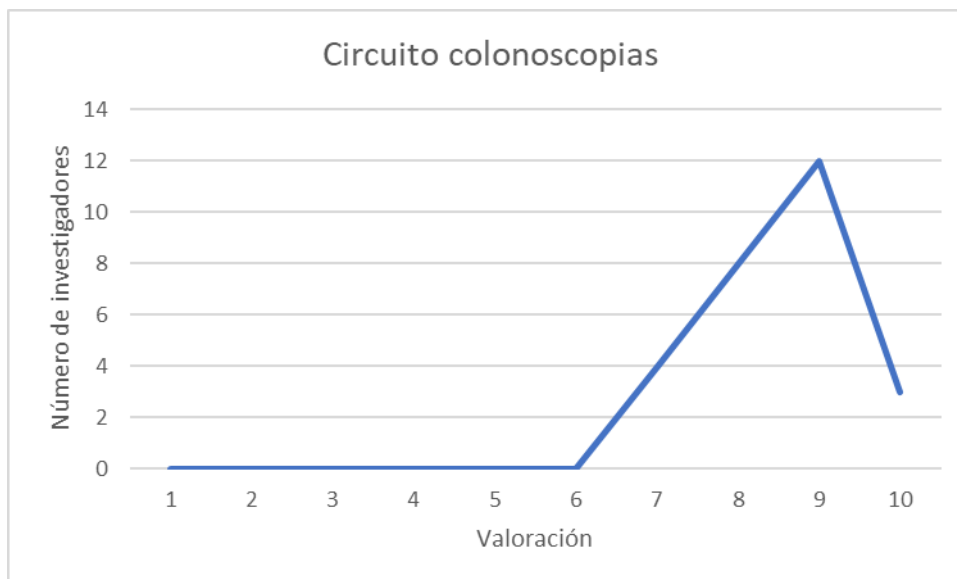
Demanda y demora de las pruebas



Min	6
Max	10
Mediana	9
Moda	9
Media aritmética	8.33
Desviación estándar	1.04
Coefficiente de asimetría	-0.74
Probabilidad valor inferior 6	0.0123
Probabilidad valor superior 10	0.9459
Valor normal inferior aceptado	7
Valor normal superior aceptado	10
Media aritmética tras exclusiones	8.52
Desviación estándar tras exclusiones	0.82
Coefficiente asimetría tras exclusiones	-0.31
Mediana tras exclusiones	9
Moda tras exclusiones	9

El promedio de la valoración es de 8.33, que sube a 8.52 si se excluye las valoraciones realizadas por debajo de 7 (dos investigadores puntuaron 6).

Circuito asistencial



Min	7
Max	10
Mediana	9
Moda	9
Media aritmética	8.52
Desviación estándar	0.89
Coefficiente de asimetría	-0.23
Probabilidad valor inferior 6	0.0024
Probabilidad valor superior 10	0.9514
Valor normal inferior aceptado	7
Valor normal superior aceptado	10
Media aritmética tras exclusiones	8.52
Desviación estándar tras exclusiones	0.89
Coefficiente asimetría tras exclusiones	-0.23
Mediana tras exclusiones	9
Moda tras exclusiones	9

En este caso ningún investigador puntuó por debajo de 7, por lo que el promedio de 8.52 se mantiene al no haber exclusiones.

Inteligencia artificial aplicada y colonoscopia de cribado



Min	3
Max	10
Mediana	8
Moda	8
Media aritmética	7.19
Desviación estándar	1.75
Coefficiente de asimetría	-0.63
Probabilidad valor inferior 3	0.0085
Probabilidad valor superior 10	0.9456
Valor normal inferior aceptado	4
Valor normal superior aceptado	10
Media aritmética tras exclusiones	7.35
Desviación estándar tras exclusiones	1.57
Coefficiente asimetría tras exclusiones	-0.43
Mediana tras exclusiones	8
Moda tras exclusiones	8

El promedio de las valoraciones es 7.19 que asciende a 7.35 tras excluir una puntuación inferior a 4 (un investigador puntuó 3).

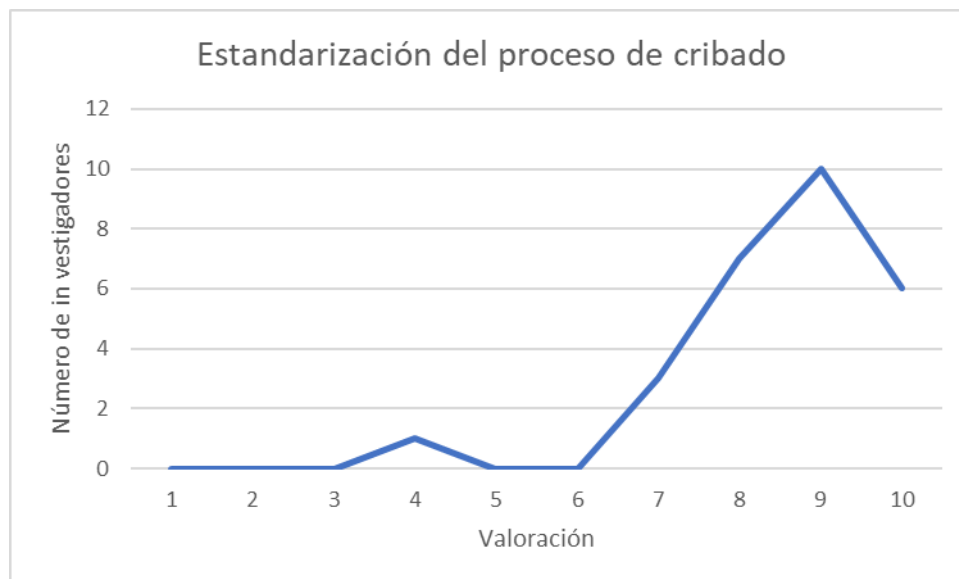
Limpieza intestinal



Min	5
Max	10
Mediana	8
Moda	9
Media aritmética	8,00
Desviación estándar	1.30
Coefficiente de asimetría	-0.79
Probabilidad valor inferior 5	0.0106
Probabilidad valor superior 10	0.9379
Valor normal inferior aceptado	6
Valor normal superior aceptado	10
Media aritmética tras exclusiones	8.24
Desviación estándar tras exclusiones	1.01
Coefficiente asimetría tras exclusiones	-0.26
Mediana tras exclusiones	8
Moda tras exclusiones	9

El promedio de las valoraciones es 8.00 que asciende a 8.24 tras excluir las valoraciones inferiores a 6 (dos investigadores puntuaron 5).

Estandarización del proceso de cribado



Min	4
Max	10
Mediana	9
Moda	9
Media aritmética	8.56
Desviación estándar	1.31
Coefficiente de asimetría	-1.62
Probabilidad valor inferior 5	0.0033
Probabilidad valor superior 10	0.8648
Valor normal inferior aceptado	6
Valor normal superior aceptado	10
Media aritmética tras exclusiones	8.73
Desviación estándar tras exclusiones	0.96
Coefficiente asimetría tras exclusiones	-0.28
Mediana tras exclusiones	9
Moda tras exclusiones	9

El promedio de las valoraciones es 8.56 que asciende a 8.73 tras excluir las valoraciones inferiores a 6 (un investigador puntuó 4).

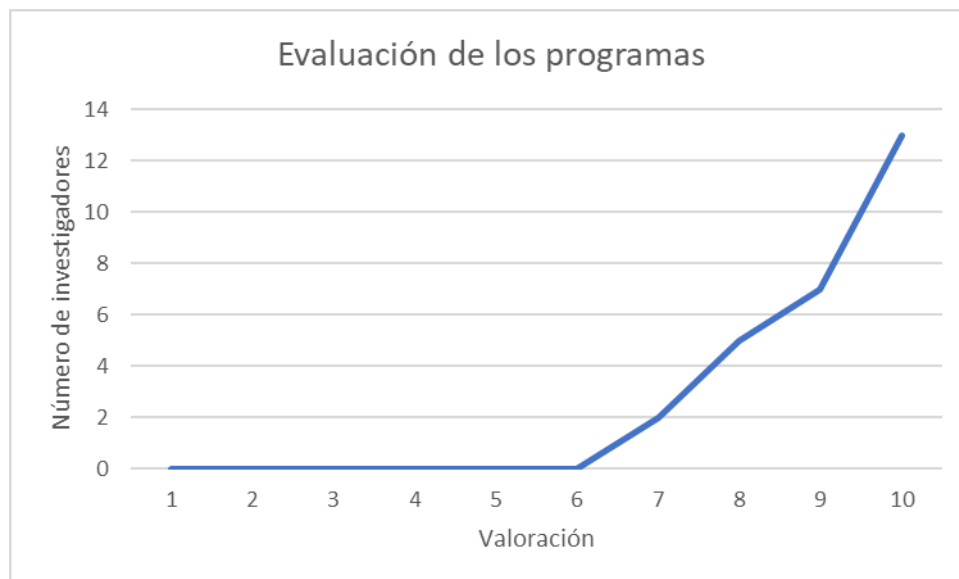
Seguimiento de los pacientes sometidos a cribado



Min	7
Max	10
Mediana	9
Moda	9
Media aritmética	8.59
Desviación estándar	1.01
Coefficiente de asimetría	-0.27
Probabilidad valor inferior 6	0.0051
Probabilidad valor superior 10	0.9183
Valor normal inferior aceptado	7
Valor normal superior aceptado	10
Media aritmética tras exclusiones	8.59
Desviación estándar tras exclusiones	1.01
Coefficiente asimetría tras exclusiones	-0.27
Mediana tras exclusiones	9
Moda tras exclusiones	9

El promedio de 8.59 y se mantiene ya que no se han realizado exclusiones (ningún investigador puntuó por debajo de 7).

Evaluación y resultados de los programas



Min	7
Max	10
Mediana	9
Moda	10
Media aritmética	9.15
Desviación estándar	0.99
Coefficiente de asimetría	-0.83
Probabilidad valor inferior 7	0.0149
Probabilidad valor superior 10	0.8056
Valor normal inferior	8
Valor normal superior	10
Media aritmética tras exclusiones	9.32
Desviación estándar tras exclusiones	0.80
Coefficiente asimetría tras exclusiones	-0.67
Mediana tras exclusiones	10
Moda tras exclusiones	10

El promedio de las valoraciones es 9.15 que asciende a 9.32 tras excluir las valoraciones inferiores a 8 (dos investigadores puntuaron 7).

Calidad de los programas



Min	6
Max	10
Mediana	9
Moda	10
Media aritmética	8.93
Desviación estándar	1.11
Coefficiente de asimetría	-0.95
Probabilidad valor inferior 6	0.0041
Probabilidad valor superior 10	0.8341
Valor normal inferior	7
Valor normal superior	10
Media aritmética tras exclusiones	9.04
Desviación estándar tras exclusiones	0.96
Coefficiente asimetría tras exclusiones	-0.67
Mediana tras exclusiones	9
Moda tras exclusiones	10

El promedio de las valoraciones es 8.93 que asciende a 9.04 tras excluir las valoraciones inferiores a 7 (un investigador puntuó 6).

Participación de organizaciones y asociaciones



Min	1
Max	9
Mediana	7
Moda	7
Media aritmética	6.70
Desviación estándar	1.75
Coefficiente de asimetría	-1.74
Probabilidad valor inferior 3	0.0172
Probabilidad valor superior 10	0.9702
Valor normal inferior aceptado	4
Valor normal superior aceptado	10
Media aritmética tras exclusiones	7.08
Desviación estándar tras exclusiones	1.12
Coefficiente asimetría tras exclusiones	-0.76
Mediana tras exclusiones	7
Moda tras exclusiones	7

El promedio de las valoraciones es 6.70 que asciende a 7.08 tras excluir las valoraciones inferiores a 4 (un investigador puntuó 1 y otro 3).

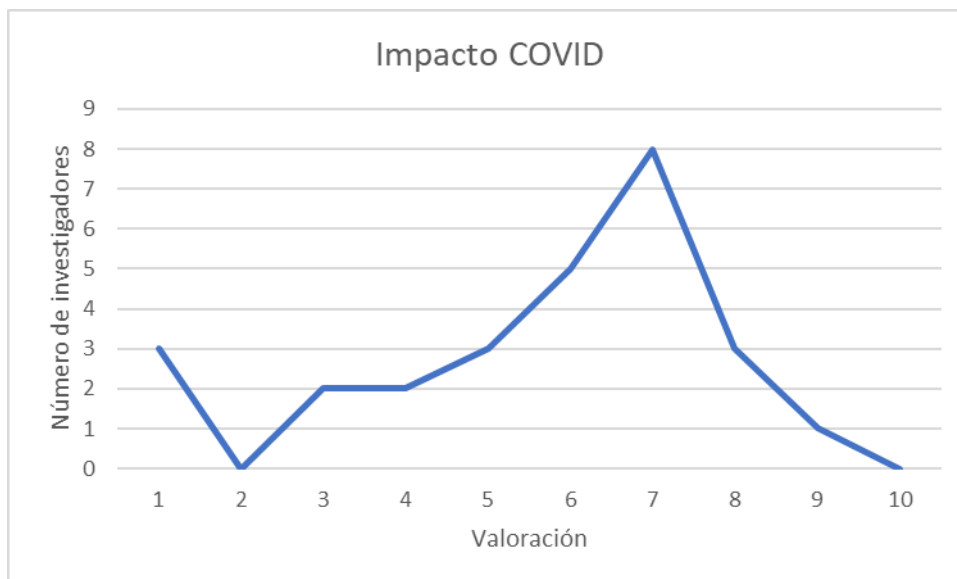
Población de alto riesgo, cánceres hereditarios, consejo genético, genética clínica



Min	3
Max	10
Mediana	8
Moda	8
Media aritmética	7.96
Desviación estándar	1.68
Coefficiente de asimetría	-1.05
Probabilidad valor inferior 4	0.0090
Probabilidad valor superior 10	0.8880
Valor normal inferior aceptado	5
Valor normal superior aceptado	10
Media aritmética tras exclusiones	8.15
Desviación estándar tras exclusiones	1.38
Coefficiente asimetría tras exclusiones	-0,40
Mediana tras exclusiones	8
Moda tras exclusiones	8

El promedio de las valoraciones es 7.96 que asciende a 8.15 tras excluir las valoraciones inferiores a 5 (un investigador puntuó 3).

Impacto del COVID



Min	1
Max	9
Mediana	6
Moda	7
Media aritmética	5.59
Desviación estándar	2.22
Coefficiente de asimetría	-0.87
Probabilidad valor inferior 1	0.0194
Probabilidad valor superior 10	0.9763
Valor normal inferior aceptado	2
Valor normal superior aceptado	9
Media aritmética tras exclusiones	6.17
Desviación estándar tras exclusiones	1.58
Coefficiente asimetría tras exclusiones	-0.52
Mediana tras exclusiones	6.5
Moda tras exclusiones	7

El promedio de las valoraciones es 5.59 que asciende a 6.17 tras excluir las valoraciones inferiores a 2 (tres investigadores puntuaron 1).

COMENTARIOS ADICIONALES DE LOS INVESTIGADORES

Comentarios sobre la valoración de temas de interés

Investigador	Propuesta
3	Creo muy relevante tratar el tema de la coordinación entre niveles asistenciales y entre distintos especialistas / especialidades. Se puede entender incluido en varios apartados previos, pero en proyectos tan ambiciosos, creo que la coordinación humana es crucial para llevar el programa a buen puerto. Otro tema importante son las estrategias de reclutamiento o fidelización a los programas. Revisión de distintas experiencias, cuales funcionan mejor y cuales pueden mejorar, ... Por último, abordar la dimensión social, como llegar al ciudadano, manejo de medios de comunicación, ...
12	Me parece que este cuestionario discrimina poco. Creo que sería más interesante puntuar las propuestas de los profesionales que participan pues en grandes bloques, casi todos parecen pertinentes para ser abordados en libro blanco. Cambia la profusión en su abordaje y eso lo dan los participantes.
15	Feedback para los profesionales que realizan la colonoscopia (según TDA, por ejemplo, comparado con el resto de los compañeros)
27	La clave para el éxito de una campaña de prevención del CCR es intentar conseguir aumentar el porcentaje de participación de la población en el programa de prevención lo cual es imposible sin difusión del mismo entre la población a nivel más local y cercano posible para lo que es imprescindible implicar desde los inicios del programa a la atención primaria eligiendo referentes del mismo para el resto de profesionales.

Comentarios generales

Investigador	Propuesta
18	Desde la Asociación Nacional de Informadores de Salud (ANIS), será un placer comunicar los resultados a los 650 asociados: periodistas especializados en salud, responsables de comunicación de hospitales, de industria farmacéutica, de agencias de comunicación y pacientes expertos.
27	Sería importante que las conclusiones de este proyecto tuvieran la mayor difusión tanto en la población como entre los profesionales para que sea un punto de inflexión en el talón de Aquiles del programa de prevención de CCR, la tasa de participación de la población

LISTADO ORDENADO POR PUNTUACIÓN DE LOS TEMAS DE INTERÉS

La siguiente tabla presenta listado de temas propuestos ordenados por la puntuación obtenida, expresada como promedio tras las exclusiones realizadas en cada caso de acuerdo con los valores cuya probabilidad acumulada fueran menores de 0.025 o mayores de 0.975. Se han dividido los resultados, en terciles (9 temas en el tercil superior [en rojo], Otros 9 en el tercil intermedio [en azul] y 8 en el inferior [en verde]).

TEMAS DE INTERÉS	PROMEDIO
Evaluación y resultados de los programas	9.32
Evidencia programas de cribado: eficacia, efectividad, eficiencia e impacto	9.28
Participación y adherencia	9.19
Calidad de los programas	9.04
Difusión, conocimiento de los programas y educación sanitaria	9.00
Edad de inicio y de finalización del cribado	8.88
Participación de atención primaria	8.77

Estandarización del proceso de cribado		8.73
Seguimiento de los pacientes sometidos a cribado		8.59
Circuito asistencial de las colonoscopias		8.52
Demanda y demora de las pruebas		8.52
Situación actual e inequidades de los programas en España		8.52
Optimización de la prueba de cribado basada en SOH		8.50
Formación de los profesionales		8.38
Participación de enfermería y gestión de casos		8.27
Limpieza intestinal		8.24
Aspectos generales de la organización de los programas		8,21
Epidemiología del CCR		8.21
Frecuencia de la realización de la prueba de cribado		8,20
Población alto riesgo, cánceres hereditarios, consejo genético y genética clínica		8.15
Nuevas pruebas de cribado		8.12
Prevención primaria del CCR		8.08
Incentivación de los profesionales		7.60
Inteligencia artificial aplicada a la colonoscopia de cribado		7.35
Participación de organizaciones y asociaciones		7.08
Impacto del COVID		6.17

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Los investigadores han completado la fase de propuesta y valoración de importancia de los temas a ser tenidos en cuenta en la elaboración del Libro Blanco del Cribado del CCR en España.

En total son 26 los temas que en su momento fueron propuestos y ahora han sido valorados. Como era de esperar la estimación de su importancia ha sido en general alta. Solo un tema (impacto del Covid) ha quedado por debajo de 7, quedando, por tanto, los otros 25 en el rango de notable o sobresalientemente importantes. Tal como se ha presentado en la tabla, y a efectos prácticos, se han considerado tres bloques o terciles.

Gracias a este trabajo preliminar será posible prestar atención especial a estos temas propuestos, de acuerdo con su estimado grado de importancia, en la elaboración del Libro blanco.



MATERIAL SUPLEMENTARIO

PROPUESTAS DAFO

Material suplementario 04

INFORME SOBRE LAS PROPUESTAS REALIZADAS POR LOS INVESTIGADORES PARA EL ANÁLISIS DAFO (DEBILIDADES, AMENAZAS, FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES)

CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO

- Antecedentes
- Metodología seguida en esta fase
- Propuestas realizadas
 - a. Debilidades
 - b. Amenazas
 - c. Fortalezas
 - d. Oportunidades
 - e. Comentarios adicionales de los investigadores
- Listado integrado de las propuestas
- Resumen y conclusiones
- Limitaciones del presente análisis
- Propuesta de continuidad del proyecto

ANTECEDENTES

Previamente a esta fase, los investigadores habían completado la propuesta de temas de interés a considerar (5 por investigador ordenados de 1 a 5), que se presentan, agrupados y ordenados, en la siguiente tabla, mencionando el número de investigadores y de propuestas para cada uno de los temas, así como su promedio de priorización (en función de orden de propuesta de cada investigador).

ÁREA/TEMAS DE INTERÉS PROPUESTOS	INVESTIGADORE S (n)	PROPUESTA S (n)	PROMEDIO PRIORIZACIÓN
1. Epidemiología del CCR.	2	2	1.50
2. Prevención primaria del CCR	1	1	4.00
3. Evidencia sobre los programas de cribado: eficacia, efectividad, eficiencia e impacto.	7	9	1.89
4. Organización y desarrollo de los programas			
4/01. Aspectos generales de la organización de los programas.	8	8	3.88
4/02. Edad de inicio y finalización del cribado.	8	10	2.40
4/03. Difusión, conocimiento de los programas y educación sanitaria.	7	11	2.73
4/04. Formación de los profesionales.	1	1	1

4/05. Participación y adherencia.	12	12	2.50
4/06. Situación actual e inequidades de los programas en España.	8	10	2.60
4/07. Participación de atención primaria.	6	6	3.17
4/08. Participación de enfermería y gestión de casos.	2	3	1.33
4/09. Incentivación de los profesionales.	1	1	4.00
4/10. Frecuencia de la realización de la prueba de cribado.	2	2	2.00
4/11. Optimización de la prueba de cribado basada en SOH.	3	3	2.33
4/12. Nuevas pruebas de cribado.	6	7	3.43
4/13. Demanda y demora de las pruebas.	3	4	3.75
4/14. Circuito asistencial de las colonoscopias.	1	1	1.00
4/15. Inteligencia artificial aplicada a la colonoscopia de cribado.	1	1	5.00
4/16. Limpieza intestinal.	2	2	4.50
4/17. Estandarización del proceso de cribado.	2	4	3.50
4/18. Seguimiento de los pacientes sometidos a cribado	2	2	2.50
4/19. Evaluación y resultados de los programas.	10	12	3.08
4/20. Calidad de los programas.	11	12	3.92
5. Participación de organizaciones y asociaciones.	2	2	5.00
6. Población de alto riesgo, cánceres hereditarios, consejo genético y genética clínica.	3	4	4.25
7. Impacto del COVID.	3	3	3.00

Con posterioridad se pidió a los investigadores que puntuasen cada uno de estos temas en una escala de 1 a 10, siendo 1 nada importante y 10 extremadamente importante. El resultado de esta valoración se presenta en la siguiente tabla, en la que se listan los temas propuestos ordenados por la puntuación obtenida, expresada como promedio tras las exclusiones realizadas en cada caso de acuerdo con los valores cuya probabilidad acumulada fueran menores de 0.025 o mayores de 0.975. Los resultados se han dividido por en terciles (9 temas en el tercil superior [en rojo], Otros 9 en el tercil intermedio [en azul] y 8 en el inferior [en verde]).

TEMA DE INTERÉS	PROMEDIO
4/19. Evaluación y resultados de los programas	9.32
3. Evidencia programas de cribado: eficacia, efectividad, eficiencia e impacto	9.28
4/05. Participación y adherencia	9.19
4/20. Calidad de los programas	9.04
4/03. Difusión, conocimiento de los programas y educación sanitaria	9.00
4/02. Edad de inicio y de finalización del cribado	8.88
4/07. Participación de atención primaria	8.77
4/17. Estandarización del proceso de cribado	8.73
4/18. Seguimiento de los pacientes sometidos a cribado	8.59
4/14. Circuito asistencial de las colonoscopias	8.52
4/13. Demanda y demora de las pruebas	8,52

4/06. Situación actual e inequidades de los programas en España	8.52
4/11. Optimización de la prueba de cribado basada en SOH	8.50
4/04. Formación de los profesionales	8.38
4/08. Participación de enfermería y gestión de casos	8.27
4/16. Limpieza intestinal	8.24
4/01. Aspectos generales de la organización de los programas	8.21
1. Epidemiología del CCR	8.21
4/10. Frecuencia de la realización de la prueba de cribado	8.20
6. Población alto riesgo, cánceres hereditarios, consejo genético y genética clínica	8.15
4/12. Nuevas pruebas de cribado	8.12
2. Prevención primaria del CCR	8.08
4/09. Incentivación de los profesionales	7.60
4/15. Inteligencia artificial aplicada a la colonoscopia de cribado	7.35
5. Participación de organizaciones y asociaciones	7.08
7. Impacto del COVID	6.17

En la actual fase de análisis DAFO se ha pedido a cada uno de los investigadores que aporten su propuesta de debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades, que en su opinión caracterizan la situación actual de los programas de cribado de CCR en España. El presente informe se ocupa de la presentación de los resultados de esta fase.

METODOLOGÍA SEGUIDA EN ESTA FASE

Se pidió a cada investigador (27 en total) que aportase las que en su opinión fueran las cinco más significativas debilidades, amenazas, fortalezas y debilidades, en referencia a los programas de cribado de CCR en España, ordenadas de 1 a 5 según la importancia concedida por el investigador.

Se han recibido y analizado las propuestas de los 27 investigadores. Todos los investigadores, excepto dos, aportaron las cinco propuestas por apartado; un investigador solo aportó dos propuestas por apartado, mientras otro lo hizo con cuatro debilidades, dos amenazas, cuatro fortalezas y tres oportunidades. En total se han analizado, por tanto, 521 propuestas (131 debilidades, 129 amenazas, 131 fortalezas y 130 oportunidades).

Para el análisis se construyeron tablas en las que se ordenaron las propuestas teniendo en cuenta su correspondencia con los temas de interés previamente definidos. En muchas de las ocasiones la propuesta fue asignada a más de un tema. Una vez completadas estas tablas se agruparon los resultados integrando las propuestas similares. En estas tablas, además de agrupar las propuestas semejantes, se eliminaron las repeticiones ligadas a la asignación de propuestas unificadas que se hubieran clasificado en más de un tema de referencia; en este caso, se asignó el número de investigadores, el de propuestas y su promedio de orden de acuerdo con la agrupación principal primaria, caracterizada por tener el mayor número de investigadores involucrados.

PROPUESTAS REALIZADAS

Debilidades

A continuación, se comentan las propuestas de debilidades realizadas, siguiendo los epígrafes de cara área y/o tema de interés.

Epidemiología del CCR

No se ha presentado ninguna propuesta de debilidad.

Prevención primaria del CCR

Evidencia sobre los programas de cribado: eficacia, efectividad, eficiencia e impacto

Un investigador ha presentado una propuesta que recoge dos debilidades en este sentido:

- La ausencia de evidencia del efecto de los programas sobre la supervivencia global.
- La falta de estudios de coste-beneficio (indica que no deben confundirse con los estudios de coste efectividad).

Otro señala como debilidad el nivel de conocimiento disponible sobre las pruebas diagnósticas.

Aspectos generales de la organización de los programas

Un número significativo de los investigadores (9) realizan hasta 10 propuestas sobre la debilidad que implica la insuficiencia de financiación y de asignación de recursos humanos y materiales, con un promedio de priorización de 2.70.

En línea paralela, dos investigadores indican la falta de interés político y de las Administraciones por los programas.

Otros dos investigadores señalan la debilidad que implica la existencia de un elevado índice de incidencias administrativas y de fallos burocráticos en los programas.

Un investigador señala la falta de unidades de cribado.

Finalmente, otro, destaca que los programas de cribado son rígidos a la incorporación de innovación.

Edad de inicio y finalización del cribado

Cuatro investigadores consideran una de las debilidades es el actual intervalo de edad en el que actualmente se realiza el cribado en España, que debería ampliarse tanto por encima como por debajo. El promedio en el orden señalado por estos investigadores es de 2.25.

Difusión, conocimiento de los programas y educación sanitaria

14 investigadores realizan 18 aportaciones dentro de este tema con un promedio de su orden de 2.89.

Los principales componentes aportados en la caracterización para esta debilidad son:

- Falta de información y difusión del plan de cribado, así como de sus resultados, a la población
- Escasa concienciación y educación sanitaria de la población, incluyendo la población diana, sobre la que habría que actuar específicamente, así como con los colectivos más vulnerables.

Formación de los profesionales

8 investigadores indican debilidades en este tema con un promedio en su orden de 4.13.

En concreto se señalan los siguientes puntos:

- Escasa formación específica planificada respecto de las necesidades ligadas a los programas.
- Amplia variabilidad en la formación, especialmente en patólogos y endoscopistas.
- Deficiencias en los protocolos de información sobre variables de desempeño técnico.
- Escasa disponibilidad y difusión de los resultados de los programas entre los profesionales, incluidos los que participan en los programas.

Participación y adherencia

18 investigadores han realizado 28 propuestas de debilidad en este tema, con un promedio en su orden de 2.79. Entre los puntos específicamente señalados, además de la falta de participación y adherencia en general:

- El esfuerzo en informar y concienciar a los colectivos especialmente vulnerables, teniendo en cuenta los perfiles socioeconómicos y la condición de población inmigrante.
- La diferencia, en negativo, con respecto del cribado de Ca de mama.
- Las reticencias o miedo para participar.
- El alcanzar poblaciones dispersas.

- Regular la participación y adherencia de los pacientes asegurados por compañía privadas.
- Rigideces de la organización de los programas que dificultan la participación.
- La variabilidad en la participación según edad y género.
- El no contactar de nuevo con los no respondedores, junto con la ausencia de un enlace (telefónico o de otro tipo) para la incorporación voluntaria de los sujetos incluidos, sean no respondedores o que no hayan recibido correctamente la invitación.
- El envío postal de las invitaciones.
- El incorrecto registro de los datos de filiación.

Situación actual e inequidades de los programas en España

15 investigadores se ocupan de este tema, con un total de 18 propuestas (promedio de orden = 2.17).

Entre los aspectos destacados, además de destacar la ausencia de equidad entre CC. AA., en general, están:

- La variabilidad de los programas entre CC. AA.
- La desigualdad de acceso a los programas según CC. AA.
- La variabilidad y continuidad de los apoyos de las gerencias según áreas sanitarias.
- La falta de coordinación entre CC. AA., en ausencia de una red nacional, plan nacional y registro único.
- Las inequidades respecto de las poblaciones vulnerables.
- La falta de transparencia intra e inter CC. AA. En cuanto a indicadores de proceso y resultados.

Participación de atención primaria

Tres investigadores señalan como debilidad la falta de concienciación y compromiso de la Atención Primaria en los programas (promedio de orden = 3.00).

Dos indica la saturación asistencial y otras dificultades para la integración de la Atención Primaria en los programas (promedio = 4.00).

Otros dos indican como debilidad los problemas de coordinación en ese nivel asistencial (promedio = 2).

Un investigador destaca la no inclusión de los programas en la cartera de servicios y desvinculación de los programas de la prevención primaria (orden = 2).

Participación de enfermería y gestión de casos

No se ha presentado ninguna propuesta de debilidad.

Incentivación de los profesionales

No se ha presentado ninguna propuesta de debilidad.

Frecuencia de la realización de la prueba de cribado

No se ha presentado ninguna propuesta de debilidad.

Optimización de la prueba de cribado basada en SOH

No se ha presentado ninguna propuesta de debilidad.

Nuevas pruebas de cribado.

No se ha presentado ninguna propuesta de debilidad.

Demanda y demora de las pruebas

12 investigadores han presentado propuestas en este tema con un promedio de orden de 2.92.

Además del problema general de la dificultad para absorber la demanda y por tanto de generarse listas de espera, los investigadores han mencionado en concreto:

- La capacidad de las unidades de endoscopia, que crea cuellos de botella en los programas y provoca demoras excesivas entre la prueba de cribado y la confirmación diagnóstica, debiendo tenerse además en cuenta el necesario equilibrio entre la oferta general asistencial de las unidades y las necesidades específicas del cribado.
- La sobrecarga asistencial general de los centros públicos.
- La capacidad de los servicios de Anatomía Patológica.

Circuito asistencial de las colonoscopias.

No se ha presentado ninguna propuesta de debilidad.

Inteligencia artificial aplicada a la colonoscopia de cribado.

No se ha presentado ninguna propuesta de debilidad.

Limpieza intestinal.

Un investigador indica como debilidad Limpieza intestinal que la explicación, seguimiento y adecuación de preparación se realiza por personal no cualificado (Orden = 5)

Estandarización del proceso de cribado.

16 investigadores realizan 24 propuestas (promedio de orden = 2.88) sobre la existencia de deficiencias y dificultades en la estandarización y uniformidad de los programas de cribado.

En cuanto a las aportaciones más concretas, algunas ya señaladas en el apartado de situación actual e inequidades de los programas, se incluyen las siguientes:

- La falta de coordinación entre CC. AA., en ausencia de una red nacional, plan nacional y registro único.
- La variabilidad de los programas entre CC. AA., con falta de normalización, e incluso también entre áreas y hospitales en la misma comunidad autónoma y entre los diferentes niveles asistenciales.
- La falta de una estructura normalizada en los informes de resultados de endoscopia y anatomía patológica.
- Sistema informático de gestión poco integrado e insuficientemente adaptado a necesidades con carencia de explotación pertinente, así como poco homogéneos y que no son capaces de exportar los datos de forma automática.
- Falta de transparencia intra e inter CC. AA., en cuanto a indicadores de proceso y resultados
- Falta de unificación de información público/privado que impide conocer la cobertura real del programa.
- El modelo de envío postal de invitaciones y resultados.

Seguimiento de los pacientes sometidos a cribado

Dos investigadores creen que entre las debilidades está una baja adherencia en la vigilancia post polipectomía cuando no se lleva desde el programa poblacional (promedio de orden = 4.50)

Evaluación y resultados de los programas.

Tres investigadores aportan 4 propuestas destacando la poca transparencia y difusión de los resultados (promedio de orden = 3.75)

Uno señala la ausencia de oportunidad de exportar datos epidemiológicos de forma automática (orden = 3), lo que ya fue mencionado en el apartado de estandarización.

Calidad de los programas.

Tres investigadores indican como debilidad el déficit en el control de la calidad de los programas y la no certificación de las unidades de cribado (promedio de orden = 4.67)

Participación de organizaciones y asociaciones.

Un investigador menciona la ausencia de una sociedad científica única para tratar el tema con las administraciones.

Población de alto riesgo, cánceres hereditarios, consejo genético y genética clínica.

Un investigador señala que una debilidad de los programas es la no inclusión de los pacientes de alto riesgo, en concreto el cáncer hereditario (orden = 4).

Impacto del COVID.

No se ha presentado ninguna propuesta de debilidad.

Amenazas

A continuación, se comentan las propuestas de amenazas realizadas, siguiendo los epígrafes de cara área y/o tema de interés.

Epidemiología del CCR.

Cuatro investigadores señalan como amenaza los cambios epidemiológicos que afectan a las poblaciones diana de los programas, especialmente el incremento del CCR en población joven, por debajo de los 50 años (promedio de orden = 2.25).

Prevención primaria del CCR

Un investigador indica en este apartado el escaso fomento prevención primaria del CCR (orden = 5).

Evidencia sobre los programas de cribado: eficacia, efectividad, eficiencia e impacto.

Tres investigadores indican que una amenaza clara (promedio de orden = 1.33) es la ausencia de estudios coste-beneficio y la baja adherencia en la mayor parte de las CC. AA., lo que puede cuestionar si la inversión es rentable a nivel nacional y motivar pérdida de interés de las autoridades sanitarias al no tener claro el coste-efectividad de los programas.

Aspectos generales de la organización de los programas

15 investigadores, con 21 propuestas, señalan como amenaza las dificultades para la financiación y asignación de recursos humanos y materiales a los programas con un promedio de orden asignado de 2.28. Los aspectos comentados, en resumen, son:

- Falta de financiación finalista.
- La situación de crisis económica.
- El riesgo de la disminución de solvencia del modelo.
- Situaciones políticas adversas que afecten a la financiación.
- El incremento de los costes tecnológicos.
- El incremento de la población de riesgo a incluir.
- La dificultad para encontrar personal en un futuro.

5 investigadores consideran que existe poco interés y compromiso en la administración sanitaria, en sus diferentes niveles, por los programas de cribado (promedio de orden = 3.20).

Dos investigadores, con tres propuestas, llaman la atención sobre la fragilidad y debilitamiento del Sistema Nacional de Salud, que puede agravarse en caso de nuevas pandemias o conflictos internacionales (promedio de orden = 3.67).

Otros dos investigadores creen que los cambios políticos, y en concreto la injerencia política en las decisiones técnicas, son amenazas para el cribado (promedio de orden = 1.00).

También dos investigadores comentan la amenaza que supone la desmotivación profesional (promedio de orden = 3.00).

Se proponen, además otra serie de amenazas, cada una avalada por un solo investigador:

- Necesidad de personal específico en los diferentes servicios a medida que se incorpora el cribado en la población de referencia (orden = 2).
- Estrategia de cribado completamente en manos de la administración, sin participación de las sociedades científicas (orden = 2).
- Realizar pruebas cuando no está indicado (orden = 3).
- Es un programa que requiere la colaboración multidisciplinar y multidisciplinar, algo de escaso arraigo en el sistema (orden = 3).
- Evidencia insuficiente en nuevos avances y lentitud en su puesta en marcha (orden = 4).
- Una vez implantados los programas, falsa sensación de "deber cumplido" y ausencia de incentivos para mejorar resultados (orden = 5).
- Cribado oportunista (orden = 1).

Edad de inicio y finalización del cribado.

Siete investigadores señalan la amenaza que para los programas implica la necesidad de adecuar el rango de edad de los cribados, con especial referencia al incremento del CCR en menores de 50 años (promedio de orden = 2.71).

Difusión, conocimiento de los programas y educación sanitaria.

10 investigadores presentan 11 propuestas referentes a este tema (promedio de orden = 3.45).

En concreto apuntan diferentes aspectos dentro de esta amenaza:

- La desmotivación y desconocimiento de la población, y también de los profesionales, respecto de los programas.
- La falta de compromiso de las autoridades para la difusión del cribado.
- La falta de asunción por parte de la población del riesgo de los diagnósticos tardíos, en parte por la falsa percepción de menor gravedad inducida por la existencia de tratamientos.
- La escala de preocupación por la salud en la población frente a los aspectos económicos.
- La escasa priorización de los medios del tema.
- La deficiente calidad de las campañas de información

Formación de los profesionales

Un investigador considera que existe desconocimiento entre los profesionales acerca de la efectividad del cribado (orden = 2).

Otro sugiere que existe déficit de profesionales preparados e implicados (orden = 5).

Participación y adherencia

Ocho investigadores apuntan como amenaza cuestiones relacionadas con la baja participación y adherencia a los programas (promedio de orden = 2.56), señalando aspectos como:

- Desconocimiento, desmotivación y desinterés.
- La poca flexibilidad de los horarios para participar.
- La disminución de la sensación de riesgo.
- El estigma de considerar al cáncer de colon como un tumor “sucio”.
- No alcanzar a la totalidad de la población diana o que existan diferencias según zonas/regiones/comunidades.

Otros cuatro investigadores realizan una aportación cada uno:

- La baja adherencia que tenemos en España (excepto País vasco y Navarra) podría llegar a cuestionar si se trata de una inversión rentable a nivel poblacional (orden = 1).
- La falta de información depurada sobre los grupos de población y colectivos en los que debe hacerse especial énfasis. Es clave incluir en dicha información datos sobre el perfil socioeconómico de las personas que han de someterse a las pruebas (orden = 2).
- Pérdida de los pacientes que no realizan el cribado inicial (orden = 3).
- A los pacientes con seguro privado no les llega la invitación al programa por lo que una parte de la población queda expuesta (orden = 4).

Situación actual e inequidades de los programas en España

12 investigadores presentan 13 propuestas de amenazas sobre las diferencias entre CC. AA: (promedio de orden = 2.54), en aspectos como:

- Las inequidades entre CC. AA. en cuanto a sus programas, en parte motivada por la falta de cohesión del SNS.
- La descoordinación entre CC. AA. y los diferentes proveedores sanitarios, incluyendo la no existencia de criterios unificados

En cuanto a la situación actual del cribado:

- Cuatro investigadores creen que es una amenaza la existencia de cribados ocultos, que no se integran en los programas, mencionando a la asistencia privada, salud laboral y las farmacias (promedio de orden = 3.75).
- Dos investigadores indican la amenaza a futuro que significa la falta de profesionales, uno en referencia a los endoscopistas y otro a los de Atención Primaria (promedio de orden = 3.50)

Participación de atención primaria.

Nueve investigadores marcan como amenaza la actual situación de la Atención Primaria, sobrecargada y con falta de profesionales (promedio de orden = 2.44)

Participación de enfermería y gestión de casos.

Un investigador cree que la falta de implicación de la enfermería en los programas es una amenaza para los mismos (orden = 3).

Incentivación de los profesionales.

Cuatro investigadores opinan que existe desmotivación de los propios profesionales por sobrecarga asistencial y desconocimiento de los beneficios de los programas, incluyendo entre los propios implicados en el programa (promedio de orden = 3.00)

Frecuencia de la realización de la prueba de cribado.

No se ha presentado ninguna propuesta de amenaza.

Optimización de la prueba de cribado basada en SOH.

No se ha presentado ninguna propuesta de amenaza.

Nuevas pruebas de cribado.

Dos investigadores indican como amenaza el que las nuevas pruebas diagnósticas sean usadas en los cribados oportunistas, o que desplacen a las actuales (promedio de orden = 3.50)

Demanda y demora de las pruebas.

En este tema se han presentado 23 propuestas de amenazas por parte de 14 investigadores con promedio en su orden de 3.15. En general señalan las dificultades para absorber la demanda y la existencia de demoras excesivas, pero cabe mencionar los siguientes aspectos más específicamente:

- La sobrecarga asistencial, con especial referencia a las unidades de endoscopia, que dificulta la absorción de los casos positivos del programa.
- La existencia de cuellos de botella, tanto en endoscopia como en anatomía patológica que generan el descrédito de los programas y generan problemas éticos.
- El parón inducido por el COVID, que ha generado un incremento de la demanda para recuperar las exploraciones no realizadas.
- El seguimiento postpolipectomía de adenomas y el de las neoplasias precoces, especialmente si es inadecuado, genera un adicional incremento de la demanda de endoscopia.
- Los falsos positivos generan consultas especializadas innecesarias.
- Dificultad para cubrir plazas de profesionales.
- La escasa colaboración entre servicios.
- Fallos en los circuitos de acceso a pruebas.

Circuito asistencial de las colonoscopias.

No se ha presentado ninguna propuesta de amenaza.

Inteligencia artificial aplicada a la colonoscopia de cribado.

No se ha presentado ninguna propuesta de amenaza.

Limpieza intestinal.

No se ha presentado ninguna propuesta de amenaza.

Estandarización del proceso de cribado.

11 investigadores trasladan 17 propuestas de amenazas que se refieren a las limitaciones en la estandarización de los programas de cribado (promedio de orden = 3.59). Destacan que:

- No existe unificación de los programas ni base de datos nacional.
- La elaboración de los protocolos se dilata en el tiempo.
- Poca actualización de los programas.
- La descoordinación entre las pruebas que se realizan fuera de la medicina pública, y la existencia de cribados ocultos y oportunistas que no se integran en los programas (algo ya señalado anteriormente), así como entre los diversos proveedores e incluso entre niveles asistenciales.
- Falta de soporte de sistemas de información avanzados para gestionar los programas.
- Uso de técnicas de cribado estándar (sangre oculta en heces) sin individualizar cada caso.
- La inadecuación en la indicación de las pruebas diagnósticas asociadas al cribado.
- Existencia de falsos negativos por falta de información sobre cómo realizar la prueba de SOH.
- Excluir pacientes con SOH positiva, pero con sangrado rectal (hemorroidal, fisura).
- Falsos positivos y consultas de especialistas innecesarias

Seguimiento de los pacientes sometidos a cribado

Tres investigadores (promedio de orden = 3.67) considera como amenaza el seguimiento postpolipectomía de adenomas y el de las neoplasias precoces, especialmente si es inadecuado, ya que generan un adicional incremento de la demanda de endoscopia, lo que se comentó a la hora de hablar de demanda y retraso de las pruebas.

Evaluación y resultados de los programas.

No se ha presentado ninguna propuesta de amenaza.

Calidad de los programas.

Un investigador indica el pobre control de calidad de los procesos dentro de los programas (orden = 4).

Participación de organizaciones y asociaciones.

Un investigador opina que es una amenaza que la estrategia de cribado esté completamente en manos de la administración, sin participación de las sociedades científicas (orden = 2).

Población de alto riesgo, cánceres hereditarios, consejo genético y genética clínica.

Un investigador detecta como amenaza la dificultad en el acceso al consejo genético y la genética clínica (orden = 5).

Impacto del COVID.

Dos investigadores indican que es una amenaza para los programas el incremento de la demanda asistencial y creación de cuellos de botellas tras la pandemia COVID (promedio de orden = 2.00).

Otros dos consideran que sistema se ha mostrado frágil y que eso puede reproducirse en futuras pandemias y conflictos internacionales (promedio de orden = 5.00).

Fortalezas

A continuación, se comentan las propuestas de fortalezas realizadas, siguiendo los epígrafes de cara área y/o tema de interés.

Epidemiología del CCR.

No se ha presentado ninguna propuesta de fortaleza.

Prevención primaria del CCR

No se ha presentado ninguna propuesta de fortaleza.

Evidencia sobre los programas de cribado: eficacia, efectividad, eficiencia e impacto.

17 investigadores han presentado 30 propuestas sobre este tema, con un promedio de orden de 2,47. Cabe mencionar los siguientes aspectos concretos:

- La existencia de una evidencia científica clara a favor de los programas, así como la existencia de grupos potentes de investigación en nuestro país en este tema.
- Los resultados favorables de nuestros programas.
- El que los programas son coste-efectivos presentando un impacto económico favorable.
- Su afianzamiento en la práctica clínica y el alto consenso sobre su pertinencia en nuestro medio.
- La reducción de mortalidad e incidencia y el diagnóstico de casos más precoces.

Organización y desarrollo de los programas

Se describen a continuación por separado.

Aspectos generales de la organización de los programas

7 investigadores establecen 8 propuestas asignando como fortaleza la existencia de programas que ya llevan tiempo en marcha, con buenos resultados y que en mayor o menor medida abarcan a la población de todas las CC. AA. (promedio de orden = 3.25).

De forma similar, 8 investigadores realizan 12 propuestas sobre la fortaleza que supone la solidez alcanzada por los programas (promedio de orden = 2.42). En concreto se comentan aspectos como:

- La existencia de mandato con fecha en la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud.
- La experiencia acumulada por el programa de cribado de cáncer de mama.
- La estructura organizativa y los resultados de los programas.
- La gratuidad y universalidad de los programas.

Otros 5 investigadores realizan propuestas en las que destacan la fortaleza del sistema sanitario público, tanto en universalidad como en calidad (promedio de orden = 2.20).

Dos investigadores apuntan como fortaleza a la implicación de la Salud Pública en los programas (promedio de orden = 2,00).

8 investigadores, con 9 propuestas, señalan como fortaleza la implicación y motivación de los profesionales, con un promedio de orden de 3.78. En una de estas propuestas se incluye también a los profesionales de la administración. En otra se menciona además su capacitación, fortaleza que es también señalada por otros investigadores como se verá a continuación.

10 investigadores, con 11 propuestas, señalan la calidad científico-técnica de los profesionales, así como de los medios técnicos, especialmente en lo que se refiere a gastroenterología (promedio de orden = 2.91).

5 investigadores apuestan por señalar como fortaleza la capacidad de los programas para generar colaboración entre niveles y servicios (promedio de orden = 2.40).

Tres investigadores aportan como propuestas la fiabilidad y precio de la prueba de cribado (promedio de orden = 1.67).

Dos investigadores indican que la enfermería de gestión de casos mejora la adherencia a las pruebas de confirmación y la limpieza intestinal (promedio de orden = 3.00).

Dos investigadores apuntan la fortaleza que supone el desarrollo de investigación en torno a los programas, incluyendo el estudio de pruebas más eficaces (promedio de orden = 5,00).

Un investigador destaca que el entorno sanitario europeo está alineado con la estrategia de cribado (orden = 2.00).

Otro señala como fortaleza la creación y auge de las unidades de CCR (orden = 4).

Edad de inicio y finalización del cribado.

Un investigador indica como fortaleza la tendencia a ampliar las edades de cribado (orden = 5).

Difusión, conocimiento de los programas y educación sanitaria.

10 investigadores con 11 propuestas destacan como fortaleza la existencia de mejoras en la sensibilización de la población y en la capacidad de los programas para la información y difusión (promedio de orden = 2.73). Entre los aspectos que se destacan cabe señalar:

- La citada mejora de la sensibilización de la población ante el problema del CCR y su necesidad de diagnóstico precoz.
- La mejora de la capacidad de información y de difusión de los programas, incluyendo la digitalización de las invitaciones y de la difusión.

Formación de los profesionales

Cuatro investigadores destacan la fortaleza que supone la capacitación, calidad, actualización constante y formación, incluyendo en oncología, de los especialistas integrado en los programas (promedio de orden = 3.25).

Participación y adherencia.

6 investigadores, con 7 propuestas destacan como fortaleza las mejoras realizadas por los programas en cuanto a los mecanismos de participación y adherencia (promedio de orden = 2.43). Entre los aspectos comentados están (algunos ya comentados en otros epígrafes):

- Experiencia del cribado de del cáncer de mama.
- Los esfuerzos de los programas y sistemas por incrementar la participación.
- El éxito de algunos programas.
- La mejora en la fidelización y confianza por parte de la población.
- Mejoras en la digitalización de las invitaciones y en la difusión.
- La enfermería de gestión de casos que mejora la adherencia a la prueba de confirmación diagnóstica,

Situación actual de los programas en España.

En este apartado vuelven a incluirse gran parte de lo señalado en el de organización general de los cribados, aunque, lógicamente, al hablar de fortalezas no se incluyen aspectos relacionados con la inequidad. En concreto se repiten las siguientes fortalezas ya descritas (entre paréntesis: núm. investigadores/ núm. propuestas; promedio de orden).

- Tiempo desde implantación, extensión geográfica y resultados de los programas (5/5; 2.40).
- Solidez de los programas (9/15; 2.73).
- Implicación de Salud Pública (2/2; 2.50).
- Implicación y motivación de los profesionales (5/5; 3.40).
- Calidad científico-técnica de los profesionales y equipamientos (3/3; 3.67).
- Los programas favorecen la cooperación entre niveles y servicios (4/4; 2.00).
- Enfermería de gestión de casos (2/2; 3.00).
- Precio y fiabilidad de las pruebas de cribado (1/1; 1.00).
- Desarrollo de investigación vinculada a los programas (1/1; 5.00).

Además, en este epígrafe se introducen dos nuevas propuestas:

- Financiación específica para el desarrollo de programas de cribado (1/1; 3,00)
- El cribado de CCR se ha introducido en las carteras de servicio de todas las comunidades (1/1; 3,00).

Participación de atención primaria.

Dos investigadores consideran que la Atención Primaria es una base sólida para relanzar las campañas de concienciación y que la prevención forma parte de la esencia de la actividad de este nivel asistencial (promedio de orden = 5.00).

Participación de enfermería y gestión de casos.

Ya se ha señalado que dos investigadores creen que con la enfermería de gestión de casos del cribado se logran unos altos porcentajes de adherencia y de limpieza óptima, aumentando la adherencia en las colonoscopias de vigilancia (promedio de orden = 3.00)

Incentivación de los profesionales.

Es este apartado cabe reproducir lo ya señalado respecto a la implicación y motivación de los profesionales, aunque no sea estrictamente una línea de incentivación trabajada desde los programas como tal (8/9; 3.78).

Frecuencia de la realización de la prueba de cribado.

No se ha presentado ninguna propuesta de fortaleza.

Optimización de la prueba de cribado basada en SOH.

No se ha presentado ninguna propuesta de fortaleza.

Nuevas pruebas de cribado.

Un investigador destaca que se está impulsando el estudio de nuevas pruebas de cribado más eficaces (orden = 5.00).

Demanda y demora de las pruebas.

Un investigador indica que la instauración de vías rápidas de cribado permite reducir el tiempo de espera de pruebas diagnósticas (orden = 5.00)

Circuito asistencial de las colonoscopias.

No se ha presentado ninguna propuesta de fortaleza.

Inteligencia artificial aplicada a la colonoscopia de cribado.

En este apartado incluimos, aunque no se refiera estrictamente a inteligencia artificial, la propuesta de un investigador que considera que las nuevas ópticas endoscópicas permiten detectar lesiones planas que previamente pasaban desapercibidas (orden = 5.00).

Limpieza intestinal.

Nuevamente se señala en este punto que dos investigadores creen que con la enfermería de gestión de casos del cribado se logran unos altos porcentajes de adherencia y de limpieza óptima, aumentando la adherencia en las colonoscopias de vigilancia (promedio de orden = 3.00).

Estandarización del proceso de cribado.

12 investigadores, con 16 propuestas, algunas ya adelantadas en otros epígrafes, destacan la fortaleza que supone la estandarización del proceso de cribado (promedio de orden = 3.13). Entre los aspectos señalados se encuentran:

- El rigor científico de los protocolos y la aplicación de guías de calidad.
- La existencia de indicadores bien definidos.
- La mejora de circuitos y homogenización de procedimientos.
- La calidad de en el funcionamiento de los programas y en la realización de las colonoscopias.
- La existencia de bases de datos regionales.
- La existencia de digitalización y soporte informático.
- El que sea un programa de obligado cumplimiento.

Seguimiento de los pacientes sometidos a cribado

De nuevo se aplica a este punto que dos investigadores creen que con la enfermería de gestión de casos del cribado se logran unos altos porcentajes de adherencia y de limpieza óptima, aumentando la adherencia en las colonoscopias de vigilancia (promedio de orden = 3.00).

Evaluación y resultados de los programas.

6 investigadores indican como fortaleza los resultados obtenidos en las evaluaciones de los programas (promedio de orden = 4.00).

Calidad de los programas.

5 investigadores destacan la calidad científico-técnica de los profesionales y de los procedimientos con especial referencia a la endoscopia (promedio de orden = 3.80).

Participación de organizaciones y asociaciones.

3 investigadores apuntan como fortaleza la contribución de las diversas sociedades científicas que apoyan los programas (promedio de orden = 4,67).

Población de alto riesgo, cánceres hereditarios, consejo genético y genética clínica.

No se ha presentado ninguna propuesta de fortaleza.

Impacto del COVID.

No se ha presentado ninguna propuesta de fortaleza.

Oportunidades

A continuación, se comentan las propuestas de oportunidades realizadas, siguiendo los epígrafes de cara área y/o tema de interés.

Epidemiología del CCR.

Un investigador considera que “los tumores de colon y recto suelen ser los terceros más diagnosticados en el mundo tras los de mama y de pulmón. Una mejora en el diagnóstico con el fin de detectarlos en fases tempranas conseguiría adelantar los tratamientos y reducir la mortalidad. Además, la generalización de los programas contribuiría a mejorar indirectamente los estilos de vida.” (orden = 1.00).

Prevención primaria del CCR

Un investigador cree que es una oportunidad ocuparse de la prevención primaria (orden = 3.00).

Evidencia sobre los programas de cribado: eficacia, efectividad, eficiencia e impacto.

6 investigadores creen que los programas son una oportunidad para incrementar la eficiencia del sistema (promedio de orden = 2.50), con propuestas en las que se comentan aspectos como:

- Produce ahorro ligado al tratamiento de tumores menos avanzados.
- Es coste-efectivo.
- Permite redefinir recursos.
- Es una oportunidad de benchmarking entre CC. AA.
- Una mayor cobertura incrementa la eficiencia.
- Disminuye a largo plazo la frecuentación.

Tres investigadores apuestan por la oportunidad que supone comprobar el impacto y efectividad de los programas mediante la evaluación de la morbimortalidad ligada a los procesos de cribado y otros indicadores como cánceres detectados en fases precoces, número de cirugías y tiempo entre el cribado y estas, teniendo en cuenta además de que se dispone de buenos registros en los programas (promedio de orden = 3.00).

Otros dos investigadores creen que se debe emplear nuevas técnicas de cribado, así como innovadores modelos de información e inteligencia artificial, que contribuyan al aumento de eficiencia, calidad y seguridad de los programas (promedio de orden = 3.00).

Un investigador cree que el cáncer debe ser considerado como un asunto prioritario para la sociedad (orden = 1.00).

Organización y desarrollo de los programas

Se describen a continuación por separado.

Aspectos generales de la organización de los programas

10 investigadores, con 11 propuestas, indican que es una oportunidad promover la implicación y la colaboración entre las diferentes instituciones, agentes y niveles implicados en el cribado (promedio de orden = 2.00). Entre estos actores se mencionan:

- Los diferentes colectivos sanitarios, incluyendo enfermería.
- Atención Hospitalaria y Atención Primaria, así como entre estas y las consejerías de sanidad en pro de una mejor continuidad asistencial.
- Alianzas público-privadas.
- Favorecer la implicación de los profesionales de Atención Primaria incluyendo la realización de consejo oportunista en la consulta comunitaria.
- Involucrar a la farmacia comunitaria para contribuir a la desaparición del estigma asociado al cribado de CCR.
- Promover la comunicación entre los diferentes programas.

9 investigadores, con 14 propuestas, apuestan por la innovación, la introducción de mejoras tecnológicas y la investigación (promedio de orden = 3.07), con propuestas como:

- Mejoras tecnológicas en las unidades de endoscopia.
- Colaboración entre programas en busca de innovación.
- Explorar incluir nuevas pruebas de cribado.
- Promover la innovación y la investigación dentro de los programas, incluyendo en gestión.
- Incorporar innovación asociada a información e inteligencia artificial.

8 investigadores, con 9 propuestas, sugieren como oportunidad el fortalecimiento de los actuales programas de cribado (promedio de orden = 1.33) en aspectos como:

- Convertir el cribado de CCR en el líder de los cribados de cáncer.
- Impulsar el consenso para un único programa nacional, que además comparta datos y resultados.

- Incrementar el respaldo del SNS y la inclusión efectiva en las carteras de servicio.
- Impulsar un Centro Nacional de Salud Pública en el que esté incluida una ponencia de cribados, con el apoyo de la Red de Programas de Cribado de Cáncer de España.
- Mejoras en la digitalización, publicidad y difusión.
- Promover una red nacional incluyendo investigación.

Cinco investigadores, con 6 propuestas, indican que debe incrementarse y optimizarse la dotación de recursos para los programas de cribado (promedio de orden = 3.00), mencionando específicamente aspectos como:

- La mejor dotación de los centros participantes, con una expresa mención por parte de un investigador de la necesidad del crecimiento de los servicios de anatomía patológica.
- El convencer a directivos de la esa necesidad de incremento de recursos, así como a la administración, en general, de que los programas son fuentes de ahorro a medio y largo plazo.
- La redefinición de los procesos en busca de una mayor eficiencia.
- Promover una financiación específica para los programas.

Tres investigadores señalan la oportunidad de buscar el respaldo de los programas en el marco europeo, tanto en cobertura poblacional, como en ayudas europeas, incluyendo investigación (promedio de orden = 2.33).

Dos investigadores creen que debe establecerse benchmarking entre CC. AA. buscando alianzas y compartiendo experiencias de éxito (promedio de orden = 3.50).

Un investigador piensa que se debe tomar ejemplo de otros cribados de cáncer (orden = 2.00).

Otro investigador sugiere la necesidad de reajustar ciertos criterios del programa como edad de inclusión y finalización; tiempo entre pruebas; tiempo de demora máxima entre prueba de cribado positiva y colonoscopia (orden = 2.00).

Edad de inicio y finalización del cribado.

Cinco investigadores creen que se debe ampliar la edad de cribado (promedio de orden = 2.60)

Difusión, conocimiento de los programas y educación sanitaria.

15 investigadores con 23 propuestas indican que es una oportunidad mejorar la difusión, el conocimiento de los programas y la concienciación y educación sanitaria (promedio de orden = 3.26). En estas propuestas se incluyen:

- Mejorar la difusión de los programas aprovechando las nuevas tecnologías disponibles, sabiendo además cual será la reacción esperada de la población.
- Insistir en la educación, concienciación sanitaria de la población y autocuidados, incluyendo, además del cáncer, la mejora de los hábitos de salud, como la supresión de tabaco y alcohol. En este sentido, es propicia la aproximación del ciudadano sano al profesional de la salud.
- Difundir específicamente entre población y profesionales los resultados de los programas en lo que se refiere a las ventajas del diagnóstico precoz.
- Buscar la colaboración con sociedades científicas, asociaciones de pacientes y la comunidad, en general.

Formación de los profesionales

6 investigadores plantean la oportunidad de trabajar en la mejora de la formación de los profesionales (promedio de orden = 3.83), destacando aspectos como:

- El incremento en la cualificación de enfermeros gestores, endoscopistas, patólogos, y gestores de programas de cribado.
- Exigencia de calidad científico-técnica.
- Incremento de la formación específica de endoscopistas y patólogos en particular.

Participación y adherencia.

8 investigadores opinan que debe incrementarse el esfuerzo para aumentar la participación y adherencia a los programas (promedio de orden = 2.75). Plantean cuestiones como:

- Mecanismos de búsqueda y reinvitación de no respondedores.
- El incremento de cobertura aumenta la eficiencia de los programas.
- Mejorar la difusión e información.
- El creciente papel de la enfermería en este tema.
- Utilizar los modernos sistemas de información.

Situación actual e inequidades de los programas en España.

6 investigadores con 7 propuestas consideran que debe impulsarse la mejora en la coordinación y la ejecución de los programas en las diferentes CC. AA. de forma que

disminuya la variabilidad e inequidades del cribado en España (promedio de orden = 3.43). Destacan puntos como:

- Crear una estrategia nacional con programas homogéneos, estándares comunes y resultados compartidos.
- Realización de benchmarking entre CC. AA.
- Crear un registro único.

Participación de atención primaria.

9 investigadores, con 11 propuestas, creen que debe impulsarse la coordinación y participación de Atención Primaria (promedio de orden = 2.64), como en parte ya se había señalado en el apartado de aspectos generales de la organización de los programas, aportando en concreto:

- El imprescindible incremento entre la coordinación entre Atención Hospitalaria y Atención Primaria, así como entre estas y las Consejerías de Salud, promoviendo la continuidad asistencial.
- Aumentar la concienciación profesional sobre el cribado promoviendo el consejo oportunista.
- Usar la tarjeta sanitaria para los avisos de cuando debe hacerse el cribado con SOH.
- Mejorar la comunicación de los resultados de los pacientes a Atención Primaria.
- Mejorar la capacidad resolutoria de la Atención Primaria.
- Promover concienciación sobre la importancia del diagnóstico precoz entre ciudadanos y los propios profesionales de Atención Primaria.
- Integrar verdaderamente a Atención Primaria en los programas.

Participación de enfermería y gestión de casos.

6 investigadores defienden como oportunidad incrementar la participación de enfermería en los programas (promedio de orden = 3.50). A destacar:

- Implicar a la enfermería en la adherencia, captación, explicar y supervisar la preparación.
- Mejorar la coordinación con enfermería en todos los procesos del cribado.
- Incremento de la cualificación y formación de enfermería, junto con el resto de los profesionales participantes en los programas.
- Creciente papel de la enfermería como punto de apoyo para la implicación en participación.
- Integración de la enfermería en aspectos de coordinación y gestión.

Incentivación de los profesionales.

Dos investigadores consideran necesaria la incentivación de los profesionales dentro del cribado (promedio de orden = 4.50).

Frecuencia de la realización de la prueba de cribado.

No se ha presentado ninguna propuesta de oportunidad

Optimización de la prueba de cribado basada en SOH.

Cuatro investigadores se ocupan de la optimización de la prueba de SOH (promedio de orden = 3.50), con las siguientes aportaciones individuales:

- Modelización del umbral de sangre oculta en heces por edad, sexo y valor anterior de SOH, para optimizar las colonoscopias.
- La tarjeta sanitaria como instrumento para notificar cuando se ha de hacer la prueba de SOH
- Incrementar el VPP para cáncer y lesiones avanzadas a partir de mejoras en las pruebas de cribado.
- Mejorar la instrucción de los pacientes sobre la realización de la prueba

Nuevas pruebas de cribado.

8 investigadores, con 9 propuestas, indican que es una oportunidad explorar las posibilidades de nuevas pruebas de cribado (promedio de orden = 3.11). Entre las propuestas están los siguientes aspectos:

- Estudiar y en su caso aplicar los avances en nuevas pruebas de cribado, incluyendo las genéticas, innovando, de forma que se mejore la eficacia de los programas, aumentando el VPP para cáncer y lesiones avanzadas.
- Estudiar nuevas técnicas en las mejoras diagnósticas de los tumores rectales precoces.
- Colaborar con los programas más innovadores.
- Aplicar técnicas de inteligencia artificial robustas.

Demanda y demora de las pruebas.

Un investigador sugiere valorar reajustar ciertos criterios del programa como edad de inclusión y finalización, tiempo entre pruebas, y tiempo de demora máxima entre prueba de cribado positiva y colonoscopia, como ya se comentó en un apartado anterior (orden = 2.00)

Circuito asistencial de las colonoscopias.

No se ha presentado ninguna propuesta de oportunidad.

Inteligencia artificial aplicada a la colonoscopia de cribado.

4 investigadores, con 5 propuestas, postulan el uso de las técnicas de inteligencia artificial en los programas (promedio de orden = 3.80), en procesos de calidad, seguridad e información como en la asistencia al endoscopista para disminuir la posibilidad de cánceres intervalo.

Limpieza intestinal.

No se ha presentado ninguna propuesta de oportunidad.

Estandarización del proceso de cribado.

9 investigadores, con 12 propuestas, consideran que debe tratarse como una oportunidad la mejora de la estandarización de los procesos de cribado (promedio de orden = 3.83). Entre los puntos señalados se puede mencionar:

- La propia estandarización, que es bien conocida, a nivel regional y nacional con estrategia y registro único
- El diseño de cuadro de mandos y la aplicación de análisis avanzado de datos.
- Generalización de las pruebas con uso adecuado de las guías.
- El uso de estándares comunes que disminuyan la variabilidad.
- Protocolos comunes que puedan adaptarse a los sistemas de salud que corresponda.

Seguimiento de los pacientes sometidos a cribado

Un investigador opina que deben ampliarse los objetivos del cribado incorporando el seguimiento de los pacientes con adenomas resecaados dentro de los propios programas de cribado (orden = 2.00).

Evaluación y resultados de los programas.

6 investigadores han presentado 9 propuestas que defienden la mejora en el análisis y difusión de los resultados de los programas (promedio de orden = 3.00). Entre estas propuestas están:

- Existencia de un registro único de calidad.
- Buen diseño de los cuadros de mando y análisis avanzado de datos.
- Estrategia nacional común en la que se compartan datos y resultados.

- Difusión de los resultados entre población y profesionales.
- Digitalización e historia única.
- El SNS debe servir de base para tener datos robustos de calidad.

Calidad de los programas.

Cuatro investigadores, con cinco propuestas, destacan como oportunidad el trabajar por la calidad de los programas (promedio de orden = 4.40); entre las propuestas se cuentan aspectos como:

- Exigencia de calidad científico-técnica base para una formación de personal altamente cualificado.
- Trabajar en la calidad de los programas a partir de indicadores regionales y nacionales y en el control de los procesos.
- Mejoras en calidad al hilo de sistemas de información e inteligencia artificial.
- Promover las iniciativas de acreditación.

Participación de organizaciones y asociaciones.

Cinco investigadores, con 6 propuestas, apuestan por incrementar la colaboración con los diversos agentes que pueden favorecer los programas, como AEECC, salud laboral, sociedades científicas, asociaciones de pacientes, comunidad, industria sanitaria, empresas privadas del sector sanitario o de fuera de este (promedio de orden = 4.17).

Población de alto riesgo, cánceres hereditarios, consejo genético y genética clínica.

Un investigador piensa que se debe mejorar y acelerar el circuito de cribado familiar y asistencia en pacientes con tumores hereditarios (orden = 4.00).

Impacto del COVID.

Un investigador cree que el fin de la pandemia COVID es una buena oportunidad para el impulso del cribado de CCR (orden = 5).

COMENTARIOS ADICIONALES DE LOS INVESTIGADORES

Dos investigadores agradecen la iniciativa.

Un investigador refuerza el concepto de necesidad de estandarización nacional como elemento de disminución de inequidad. Su comentario en concreto es:

Es preciso relanzar el cribado del CCR en todo el país con un plan único y homogéneo en todo el territorio nacional.

Otro investigador refuerza la necesidad de replantear el cribado desde una perspectiva de AP:

La esencia misma de la Atención Primaria desde 1978 (Conferencia de Alma Ata) y de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria es la Prevención de la enfermedad y la Promoción de la salud, por lo que todo profesional de Atención Primaria debe valorar positivamente la existencia de un programa de prevención del CCR por prevalencia y mortalidad pero es imposible separar esta reflexión de la difícil y precaria situación que se viven en la Atención Primaria de todo el País y muy especialmente en algunas CC. AA. que sin duda repercute muy negativamente en el ejercicio profesional en condiciones de dignidad de los profesionales de atención primaria, médicos de familia principalmente.

LISTADO DE LAS PROPUESTAS UNA VEZ INTEGRADAS

En las siguientes tablas se listan, ya integradas, las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades resultado directo de las propuestas realizadas por los investigadores.

Debilidades	Investigadores (n)	Propuestas (n)	Orden (promedio)
Falta de participación y adherencia de la población	18	28	2.79
Deficiencias y dificultades en la estandarización y uniformidad de los programas de cribado	16	24	2.88
Variabilidad e inequidades en los programas de cribado españoles	15	18	2.17
Información a la población y difusión de los programas insuficientes	14	18	2.89
Demanda y demora de las pruebas	12	12	2.92
Financiación y recursos humanos y materiales insuficientes	9	10	2.70
Déficits en la formación e información para los profesionales	8	8	4.13
Necesidad de ampliación de la edad del cribado por encima y debajo del límite actual de manera unificada en todo el territorio nacional	4	4	2.25
Poca transparencia y escasa difusión de los resultados	3	4	3.75
Falta de concienciación y compromiso de la Atención Primaria con los programas	3	3	3.00
Déficit en el control de la calidad de los programas	3	3	4.67

Saturación y otras dificultades para la integración de la Atención Primaria	2	2	4.00
Falta de interés político y de las Administraciones por los programas	2	2	2.50
Elevado índice de incidencias administrativas y de fallos burocráticos	2	2	4.50
Baja adherencia en la vigilancia post polipectomía cuando no se lleva desde el programa poblacional.	2	2	4.50
Falta de unidades de cribado	1	1	2.00
No inclusión en la cartera de servicios y desvinculación de los programas de la prevención primaria	1	1	2.00
Deficiente coordinación en Atención Primaria	1	1	2.00
Programas de cribado rígidos a la incorporación de la innovación.	1	1	3.00
Ausencia de oportunidad de exportar datos epidemiológicos de forma automática.	1	1	3.00
Ausencia de inclusión de pacientes con alto riesgo (síndromes de cáncer hereditario).	1	1	4.00
No evidencia de efecto de los programas sobre la supervivencia global	1	1	5.00
Falta de estudios de coste-beneficio	1	1	5.00
Limpieza intestinal. Explicación, seguimiento y adecuación de preparación por personal no cualificado.	1	1	5.00
Ausencia de una sociedad científica única para tratar el tema con las administraciones	1	1	5.00

Amenazas	Investigadores (n)	Propuestas (n)	Orden (promedio)
Dificultades para la financiación y asignación de recursos humanos y materiales a los programas	15	21	2.38
Dificultad para absorber la demanda y existencia de demoras excesivas	14	23	3.13
Descoordinación e inequidades entre CC. AA.	12	13	2.54
Limitaciones en la estandarización de los programas de cribado	11	17	3.59
Deficiente difusión, conocimiento de los programas y educación sanitaria	10	11	3.45
Actual situación de Atención Primaria, sobrecargada y con falta de recursos	9	9	2.44
Desmotivación, desconocimiento y desinterés de la población	8	8	2.56
Necesidad de adecuar los rangos de edad de los programas	7	7	2.71
Escaso interés y compromiso de las diferentes administraciones sanitarias	5	5	3.20
Cambios epidemiológicos que afectan a las poblaciones diana, especialmente el cáncer en personas jóvenes y menores de 50 años	4	4	2.25
Existencia de cribados ocultos	4	4	3.75
Dudas sobre la rentabilidad de los programas a nivel nacional	3	3	1.33

El seguimiento de las polipectomías y la vigilancia de las neoplasias precoces, especialmente si es inadecuado, incrementa la demanda y la demora de pruebas.	3	3	3.67
Debilitamiento del Sistema Nacional de Salud	2	3	3.67
Cambios e injerencias políticas	2	2	1.00
Incremento de la demanda asistencial y creación de cuellos de botellas tras la pandemia COVID	2	2	2.00
Desmotivación profesional	2	2	3.00
El sistema se ha demostrado frágil ante posibles pandemias y otras situaciones como conflictos internacionales	2	2	5.00
Falta de profesionales en el futuro	2	2	3.50
Nuevas pruebas diagnósticas que sean usadas en los cribados oportunistas o que desplacen a las actuales	2	2	3.50
El cribado oportunista	1	1	1.00
Dudas sobre la rentabilidad de los programas por su baja adherencia en la mayor parte de las CC. AA.	1	1	1.00
Necesidad de personal específico	1	1	2.00
Estrategia del cribado en manos exclusivas de la Administración sin participación de las SS. CC.	1	1	2.00
Escaso conocimiento entre los profesionales respecto de la efectividad del cribado	1	1	2.00
No inclusión del perfil socioeconómico en los datos poblacionales	1	1	2.00
Realizar pruebas cuando no está indicado	1	1	3.00
La falta de cultura de la colaboración multidisciplinar	1	1	3.00
Pérdida de los pacientes que no realizan el cribado inicial	1	1	3.00
Falta de implicación de enfermería	1	1	3.00
Falta de evidencia para nuevos avances y lentitud en su puesta en marcha	1	1	4.00
No invitación a pacientes con seguros privados	1	1	4.00
Pobre control de calidad de los procesos dentro de los programas	1	1	4.00
Escaso fomento prevención primaria del CCR	1	1	5.00
Falsa sensación de "deber cumplido" tras implantar los programas sin incentivar la mejora de resultados	1	1	5.00
Falta de profesionales preparados e implicados	1	1	5.00
Dificultad en el acceso al consejo genético y la genética clínica	1	1	5.00

Fortalezas	Investigadores (n)	Propuestas (n)	Orden (promedio)
Evidencia sobre los programas de cribado: eficacia, efectividad, eficiencia e impacto	17	30	2.47
Estandarización del proceso de cribado	12	16	3.13
Mejoras en la sensibilización de la población y en capacidad de los programas para la información y difusión	10	11	2.73
Calidad científico-técnica de los profesionales y equipamientos con especial referencia a los gastroenterólogos	10	11	2.91
Solidez de los programas	9	15	2.73

Implicación y motivación de los profesionales	8	9	3.78
Tiempo desde implantación, extensión geográfica y resultados de los programas	7	8	3.25
Mejoras en participación y adherencia	6	7	2.43
Resultados de los programas	6	6	4.00
Fortaleza del sistema sanitario público	5	5	2.20
Los programas favorecen la cooperación entre niveles y servicios	5	5	2.40
Formación, calidad, capacitación y actualización de los especialistas involucrados	4	4	3.25
Precio y fiabilidad de la prueba de cribado	3	3	1.67
Contribución de las diversas sociedades científicas que apoyan los programas	3	3	4.67
Implicación de Salud Pública	2	2	2.00
Enfermería de gestión de casos	2	2	3.00
Atención Primaria como base de la prevención y de la concienciación de la población	2	2	5.00
Desarrollo de investigación vinculada a los programas	2	2	5.00
Entorno sanitario europeo alineado	1	1	2.00
El cribado de CCR se ha introducido en las carteras de servicio de todas las comunidades	1	1	3.00
Financiación específica para el desarrollo de programas de cribado	1	1	3.00
Creación y auge de las unidades de CCR	1	1	4.00
Avances en la detección de lesiones planas gracias a nuevas ópticas	1	1	5.00
Impulso del estudio y la realización de pruebas más eficaces	1	1	5.00
Instauración de vías rápidas de cribado	1	1	5.00
Tendencia a ampliar las edades de cribado	1	1	5.00

Oportunidades	Investigadores (n)	Propuestas (n)	Orden (promedio)
Mejorar la difusión, el conocimiento de los programas y la concienciación y educación sanitaria	15	23	3.26
Promover la implicación y colaboración entre los diferentes actores involucrados en los programas	10	11	2.00
Innovación, mejoras tecnológicas e investigación	9	14	3.07
Mejora en la estandarización de los procesos de cribado	9	12	3.83
Nuevas pruebas de cribado	8	9	3.11
Fortalecimiento de los programas	8	9	1.33
Mejorar participación y adherencia	8	8	2.75
Mejoras en el análisis y difusión de los resultados de los programas	6	9	3.00
Mejora en la coordinación y ejecución de los programas entre CC. AA. para disminuir variabilidad e inequidad	6	7	3.43

Incrementar la participación y coordinación de Atención Primaria en los programas	6	7	2.64
Incremento de la eficiencia del sistema	6	6	2.50
Mayor participación de enfermería	6	6	3.50
Mejorar la formación de los profesionales	6	6	3.83
Incremento de la rotación de recursos	5	6	3.00
Participación de organizaciones y asociaciones	5	6	4.17
Ampliación del intervalo de edad para el cribado	5	5	2.60
Calidad de los programas	4	5	4.40
Aplicación de modelos de inteligencia artificial	4	5	3.80
Optimización de la prueba de cribado basada en SOH	4	4	3.50
Respaldo en marco europeo	3	3	2.33
Comprobar impacto y efectividad de los programas	2	2	3.00
Innovación en técnicas, información e inteligencia artificial	2	2	3.00
Benchmarking entre CC. AA.	2	2	3.50
Incentivación de los profesionales	2	2	4.50
Los programas reducen la mortalidad por el diagnóstico precoz y contribuyen a la mejora de los estilos de vida	1	1	1.00
Promover el cáncer como asunto prioritario para la sociedad	1	1	1.00
Ejemplo tomado de otros cribados de cáncer	1	1	2.00
Reajuste de diferentes criterios de los programas	1	1	2.00
Inclusión en los programas del seguimiento de los pacientes a los que se le han resecado adenomas	1	1	2.00
Activar prevención primaria	1	1	3.00
Impulsar circuito de cribado familiar y asistencia de pacientes con tumores hereditarios	1	1	4.00
Fin de la pandemia COVID	1	1	5.00

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades señaladas por un mayor número de investigadores

Las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades que han sido señaladas por un mayor número de investigadores ($n \geq 5$) han sido, en orden decreciente (entre paréntesis se señala el número de investigadores que indican esa debilidad y separado por una barra el número de propuestas realizadas, y tras de “;” el promedio del orden asignado a sus propuestas):

Debilidades

- Falta de participación y adherencia de la población (18/28; 2.79).
- Deficiencias y dificultades en la estandarización y uniformidad de los programas de cribado (16/24; 2.88).
- Variabilidad e inequidades en los programas de cribado españoles (15/18; 2.17).
- Información a la población y difusión de los programas insuficientes (14/18; 2.88).
- Demanda y demora de las pruebas (12/12; 2.92).
- Financiación y recursos humanos y materiales insuficientes (9/10; 2.70).
- Déficits en la formación e información para los profesionales (8/8; 4.13).

Amenazas

- Dificultades para la financiación y asignación de recursos humanos y materiales a los programas (15/21; 2.38).
- Dificultad para absorber la demanda y existencia de demoras excesivas (14/23; 3.13).
- Descoordinación e inequidades entre CC. AA. (12/13; 2.54).
- Limitaciones en la estandarización de los programas de cribado (11/17; 3.59).
- Deficiente difusión, conocimiento de los programas y educación sanitaria (10/11; 3.45).
- Actual situación de Atención Primaria, sobrecargada y con falta de recursos (9/9; 2.54).
- Desmotivación, desconocimiento y desinterés de la población (8/8; 2.56).
- Necesidad de adecuar los rangos de edad de los programas (7/7; 2.71).
- Escaso interés y compromiso de las diferentes administraciones sanitarias (5/5; 3.20).

Fortalezas

- Evidencia sobre los programas de cribado: eficacia, efectividad, eficiencia e impacto (17/30; 2.47).

- Estandarización del proceso de cribado (12/16; 3.13).
- Calidad científico-técnica de los profesionales y equipamientos con especial referencia a los gastroenterólogos (10/11; 2.91).
- Mejoras en la sensibilización de la población y en capacidad de los programas para la información y difusión (10/11; 2.73).
- Solidez de los programas (9/15; 2.73).
- Implicación y motivación de los profesionales (8/9; 3.78).
- Tiempo desde implantación, extensión geográfica y resultados de los programas (7/8; 3.25).
- Mejoras en participación y adherencia (6/7; 2.43).
- Resultados de los programas (6/6; 4.00).
- Fortaleza del sistema sanitario público (5/5; 2.20).
- Los programas favorecen la cooperación entre niveles y servicios (5/5; 2.40).

Oportunidades

- Mejorar la difusión, el conocimiento de los programas y la concienciación y educación sanitaria (15/23; 3.26).
- Promover la implicación y colaboración entre los diferentes actores involucrados en los programas (10/11; 2.00).
- Innovación, mejoras tecnológicas e investigación (9/14; 3.07).
- Mejora en la estandarización de los procesos de cribado (9/12; 3.83).
- Fortalecimiento de los programas (8/9; 1.33).
- Mejorar participación y adherencia (8/8; 2.75).
- Nuevas pruebas de cribado (8/9; 3.11).
- Incremento de la eficiencia del sistema (6/6; 2.50).
- Mejorar la formación de los profesionales (6/6; 3.83).
- Mejora en la coordinación y ejecución de los programas entre CC. AA. para disminuir variabilidad e inequidad (6/7; 3.43).
- Incrementar la participación y coordinación de Atención Primaria en los programas (6/7; 2.64).
- Mayor participación de enfermería (6/6; 3.50).
- Mejoras en el análisis y difusión de los resultados de los programas (6/9; 3.00).
- Incremento de la rotación de recursos (5/6; 3.00).
- Ampliación del intervalo de edad para el cribado (5/5; 2.60).
- Participación de organizaciones y asociaciones (5/6; 4.17)

Debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades con promedio de orden igual o inferior a 2.50.

Debilidades

Solo 6 de las debilidades descritas han sido propuestas con valores de orden cuyo promedio sea ≤ 2.50 (entre paréntesis: nº investigadores/nº de propuestas; promedio de orden).

- Falta de unidades de cribado (1 /1; 2,00).
- No inclusión en la certera de servicios y desvinculación de los programas de la prevención primaria (1/1; 2.00).
- Deficiente coordinación en Atención Primaria (1/1; 2.00).
- Variabilidad e inequidades en los programas de cribado españoles (15/18; 2.17).
- Necesidad de ampliación de la edad del cribado por encima y debajo del límite actual de manera unificada en todo el territorio nacional (4/4; 2.25).
- Falta de interés político y de las Administraciones por los programas (2/2; 2,50).

Como puede constatarse solo una de estas debilidades (le remarcada en negrita) ha sido señalada por 5 o más investigadores.

Amenazas

En este caso son 11 las amenazas con promedio ≤ 2.50 .

- El cribado oportunista (1/1; 1.00)
- Dudas sobre la rentabilidad de los programas por su baja adherencia en la mayor parte de las CC. AA. (1/1; 1.00).
- Cambios e injerencias políticas (2/2; 1.00).
- Dudas sobre la rentabilidad de los programas a nivel nacional (3/3; 1.33).
- Necesidad de personal específico (1/1; 2.00).
- Estrategia del cribado en manos exclusivas de la Administración sin participación de las SS. CC. (1/1; 2.00).
- Escaso conocimiento entre los profesionales respecto de la efectividad del cribado (1/1; 2.00)
- No inclusión del perfil socioeconómico en los datos poblacionales (1/1 2.00).
- Incremento de la demanda asistencial y creación de cuellos de botellas tras la pandemia COVID (2/2; 2.00)
- Cambios epidemiológicos que afectan a las poblaciones diana, especialmente el cáncer en personas jóvenes y menores de 50 años (4/4; 2.25).
- Dificultades para la financiación y asignación de recursos humanos y materiales a los programas: (15/21; 2.38).

Nuevamente se destaca en negrita solo una de las amenazas que es sustentada por 5 o más investigadores.

Fortalezas

Son 7 las fortalezas cuyo promedio de orden es ≤ 2.50 .

- Precio y fiabilidad de la prueba de cribado(3/3; 1.67).
- Implicación de Salud Pública (2/2 2.00).
- Entorno sanitario europeo alineado (1/1; 2.00).
- Fortaleza del sistema sanitario público (5/5; 2.20).
- Los programas favorecen la cooperación entre niveles y servicios (5/5; 2.40).
- Mejoras en participación y adherencia (6/7; 2.43).
- Evidencia sobre los programas de cribado: eficacia, efectividad, eficiencia e impacto (17/30; 2.47).

En este caso son cuatro las fortalezas con promedio de orden igual o inferior a 2.50 que han sido propuestas por al menos 5 investigadores.

Oportunidades

Hasta 10 oportunidades son incluidas con promedio de orden ≤ 2.50 .

- Los programas reducen la mortalidad por el diagnóstico precoz y contribuyen a la mejora de los estilos de vida (1/1; 1.00).
- Promover el cáncer como asunto prioritario para la sociedad (1 /1; 1.00).
- Fortalecimiento de los programas (8/9; 1.33).
- Promover la implicación y colaboración entre los diferentes actores involucrados en los programas (10/11; 2.00).
- Ejemplo tomado de otros cribados de cáncer (1 /1; 2.00).
- Reajuste de diferentes criterios de los programas (1/1; 2.00).
- Inclusión en los programas del seguimiento de los pacientes a los que se le han reseado adenomas (1/1; 2.00)
- Respaldo en marco europeo (3/3; 2.33).
- Incremento de la eficiencia del sistema (6/6; 2.50).

En este apartado son tres las oportunidades señaladas por ≥ 5 investigadores con promedio ≤ 2.50 .

Resumen

Los investigadores han señalado las que a su juicio son las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades para el cribado de CCR en España.

Consideran que entre las debilidades más importantes están aquellas que afectan a su financiación, difusión y promoción, estandarización y ejecución, en tanto no consiguen, en general, suficiente participación y adherencia y se acompañan de demora inaceptables por incapacidad de asumir la demanda; también se señala como debilidad la gran variabilidad en cuanto al grado de desarrollo de los programas y la existencia de inequidades entre CC. AA., que desarrollan sus programas sin coordinación entre ellas, así como la escasa

dedicación a la formación específica de los profesionales y el desinterés y falta de compromiso de las administraciones y del nivel político.

Por otra parte, algunas de estas debilidades son percibidas también como amenaza (financiación y recursos, demanda y demoras, descoordinación e inequidades, deficiente difusión y promoción y fallos de estandarización, lo que puede interpretarse como que los investigadores creen que se puede agravar el problema hacia el futuro, y/o que en parte las debilidades obedecen a factores no dependientes de los programas, como es el caso de la financiación y asignación de recursos, la descoordinación entre CC. AA. y la falta de uniformidad y equidad entre ellas o, incluso, de las campañas de educación sanitaria y difusión de los programas. Además, se añaden como amenazas la situación actual de sobrecarga de Atención Primaria, que no está suficientemente implicada en los programas, y de manera clara se apunta a la falta de interés y compromiso de las autoridades sanitarias. También se llama la atención sobre la necesaria ampliación de los rangos de edad del cribado, que, aunque necesaria, sobrecargará aún más los programas.

Respecto de las fortalezas los investigadores destacan más frecuentemente la evidencia que soporta el cribado de CCR, la estandarización del mismo, la existencia de mejoras en la sensibilización de la población, así como en la participación y adherencia, la calidad científico-técnica de los profesionales directamente en los programas implicados, junto a su compromiso y motivación, la solidez de los programas y sus resultados, así como la fortaleza de la existencia de un SNS, y la facilidad de los programas para favorecer la cooperación entre niveles y servicios.

En cuanto a los oportunidades destacan la necesidad de incrementar los esfuerzos en difusión, concienciación y educación sanitaria, en promover la cooperación de los diferentes implicados en los programas, la necesidad de innovación, el fortalecimiento de los programas, la mejora de la participación y adherencia, la incorporación de nuevas pruebas de cribado, el incremento de la eficiencia del sistema, la decidida apuesta por la incorporación plena de Atención Primaria a los programas, la mayor participación enfermera en ellos, la disminución de las inequidades, la mejora de la formación de profesionales, la ampliación de la edad para la población, el incremento de la dotación de recursos y la optimización de las pruebas de cribado basadas en SOH.

Conclusiones

De manera preliminar puede considerarse que, en opinión de los investigadores la mayor debilidad del cribado del CCR es España es la variabilidad e inequidades en los programas de cribado españoles, que su mayor amenaza son las dificultades para la financiación y asignación de recursos humanos y materiales a esos programas, mientras que su mayor fortaleza es la evidencia sobre la eficacia, efectividad, eficiencia e impacto del cribado, constituyendo la mayor oportunidad promover la implicación y colaboración entre los diferentes actores involucrados en los programas.

LIMITACIONES DEL PRESENTE ANÁLISIS

Los investigadores han sido invitados a describir las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades del cribado en España de manera libre y sin instrucciones previas que pudieran limitar la espontaneidad de sus opiniones como expertos. Esta circunstancia hace que en el presente análisis no se hayan considerado de manera estricta si los aspectos señalados por los investigadores corresponden a los que sería análisis interno dentro de un “DAFO” (debilidades y fortalezas) o al análisis externo del mismo (amenazas y oportunidades). Esto conlleva que puede haber superposición entre debilidades y amenazas en la actual descripción de los resultados; también que pueden existir fortalezas descritas que en realidad son oportunidades, y viceversa. Finalmente, algunas de las oportunidades descritas son, en realidad, propuestas estratégicas de acción.

Estas limitaciones no condicionan la siguiente fase, que se describe a continuación que sí que tendrá en cuenta estos aspectos formales vinculados al análisis DAFO.

PROPUESTA DE CONTINUIDAD DEL PROYECTO

En primer lugar, se asignarán las diferentes propuestas integradas a los ámbitos de análisis interno y externo, de forma que se puedan reconstruir las tablas de debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades de manera más ajustada a lo que es el modelo “DAFO”; esto incluirá también deslindar aquellas descripciones de oportunidades que se corresponden más bien a propuestas de acción.

Una vez reconstruidas las tablas se pedirá a los investigadores un juicio de pertinencia y relevancia, con el fin de seleccionar las propuestas integradas que finalmente formarán parte del análisis DAFO, excluyendo las de menor pertinencia y relevancia.

Para este propósito se pedirá a cada investigador puntúe cada una de las propuestas en dos diferentes aspectos:

- Pertinencia de la propuesta integrada respecto del problema de interés (análisis DAFO del cribado de CCR en España), en una escala con tres niveles: -1; 0; 1.
 - 1 significa pertinente.
 - Cero significa dudosa pertinencia.
 - -1 significa ausencia de pertinencia.
- Relevancia de la propuesta integrada respecto del problema de interés (análisis DAFO del cribado de CCR en España), en una escala de 1 a 5, siendo 5 muy relevante, 4, bastante relevante, 3 relevante, 2 poco relevante y 1 no relevante.

Una vez recibidas estas estimaciones se procederá de la siguiente manera respecto de la pertinencia:

- Excluir todas las propuestas integradas en las que la mediana de las respuestas de pertinencia sea -1.
- Aceptar todas las propuestas integradas cuya mediana sea 1.
- Revisar las propuestas integradas cuya mediana sea superior a -1 y menor que 1.

Y respecto a la relevancia:

- Excluir todas las preguntas en las que la mediana de las respuestas de relevancia sea 1.
- Aceptar todas las preguntas cuya mediana sea 4 o 5.
- Revisar las preguntas cuya mediana sea superior a 1 y menor que 4.

Las propuestas dudosas (a revisar) tanto por pertinencia como por relevancia será evaluadas por el grupo coordinador, quién elevará a consideración y aprobación a los investigadores el listado final de propuestas integradas a considerar para la siguiente fase del análisis DAFO que será la de definición de estrateg



MATERIAL SUPLEMENTARIO

PROPUESTAS MATRIZ DAFO INICIAL

Material suplementario 05

PROPUESTA DE MATRIZ DAFO (DEBILIDADES, AMENAZAS, FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES)

CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO

- Antecedentes
- Metodología seguida en esta fase
- Propuesta de la matriz DAFO
 - a. Análisis interno (debilidades y fortalezas)
 - b. Análisis externo (amenazas y oportunidades)
 - c. Propuestas integradas reclasificadas como propuestas de estrategia/acción
 - d. Trazabilidad de cada una de las propuestas
- Tabla matriz DAFO inicial con las propuestas más significativas
- Limitaciones de esta fase
- Propuesta de continuidad del proyecto

ANTECEDENTES

Tal como se describe en detalle en el anterior informe ([material suplementario 04](#)), los investigadores han realizado una serie de propuestas de las que su opinión son las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades del cribado del cáncer colorrectal (CCR) en España. A partir de estas propuestas se ha elaborado una lista inicial de propuestas integradas, como también se explica en el citado documento. En el documento actual se procede a presentar lo que sería la versión inicial de la matriz DAFO, una vez reformuladas las diferentes propuestas integradas, reclasificándolas en función de las que correspondan a lo que sería el análisis interno (debilidades y fortalezas) o externo (amenazas u oportunidades).

METODOLOGÍA SEGUIDA EN ESTA FASE

Se ha partido del listado de propuestas integradas, tal como se ha comentado en los antecedentes. En un primer paso se ha asignado a cada una de estas propuestas su carácter interno o externo. Se consideraron propuestas de carácter interno aquellas que podían considerarse propias de los programas, mientras que aquellas otras que podían atribuirse a factores externos de estos, se las clasificó como externas. A partir de este listado ya se pudo elaborar una lista de propuestas reformuladas que ha servido de base para la confección de la propuesta de matriz DAFO que se presenta en este documento. Dentro de esta

propuesta, además de las debilidades y fortalezas (análisis interno) y las amenazas y oportunidades (análisis externo) se lista una serie de propuestas que han sido reclasificadas como de estrategia/acción. En los listados que se presentarán de esta matriz, en el apartado dedicado a número de investigadores y de propuestas integradas que sustentan cada una de las propuestas finales DAFO reformuladas, en el caso de que la nueva reformulación proceda de más de una propuesta integrada, se hace constar la suma de investigadores y propuestas de las propuestas integradas fusionadas y se ha realizado un nuevo cálculo del promedio de orden (multiplicando el promedio de cada una de las propuestas por el número de estas en cada una de las propuestas integradas, sumando estos valores y dividiendo el total por el nuevo número de propuestas final). Debe hacerse constar que en el número de investigadores puede estar por encima del total de 27 investigadores, ya que el resultado, en algunos casos, tal como se ha explicado, procede de la fusión de más de una de las propuestas integradas.

PROPUESTA DE LA MATRIZ DAFO

Análisis interno

Debilidades

En la siguiente tabla se presentan las debilidades propuestas para la matriz ordenadas por el número de investigadores proponentes, exponiéndose también el número de propuestas y su promedio de orden.

Debilidades	Investigadores (n)	Propuestas (n)	Orden (promedio)
Dificultades para absorber la demanda con creación de demoras excesivas, agravada por el seguimiento	29	38	3.11
Limitaciones, deficiencias y dificultades en la estandarización y uniformidad de los programas de cribado, incluyendo la exportación automática de los datos epidemiológicos	28	42	3.50
Descoordinación, variabilidad e inequidades entre CC. AA.	27	31	2.33
Información a la población y difusión de los programas insuficientes	14	18	2.89
Defectos en las estrategias para mejorar la participación y baja adherencia en el seguimiento	5	5	3.60
Déficit en el control de los programas y sus procesos	4	4	4.50
Poca transparencia y escasa difusión de los resultados	3	4	3.75
Escaso fomento prevención primaria del CCR	2	2	3.50
Elevado índice de incidencias administrativas y de fallos burocráticos	2	2	4.50
No inclusión en los programas de los pacientes de alto riesgo y dificultades para el acceso al consejo genético y la genética clínica	2	2	4.50

Deficiente coordinación con Atención Primaria	1	1	2.00
Estrategia del cribado en manos exclusivas de la Administración sin participación de las SS. CC.	1	1	2.00
Falta de unidades de cribado	1	1	2.00
Necesidad de personal específico	1	1	2.00
Programas de cribado rígidos a la incorporación de la innovación.	1	1	3.00
Realizar pruebas cuando no está indicado	1	1	3.00
Falta de evidencia para nuevos avances y lentitud en su puesta en marcha	1	1	4.00
Falsa sensación de "deber cumplido" tras implantar los programas sin incentivar la mejora de los resultados	1	1	5.00
Limpieza intestinal. Explicación, seguimiento y adecuación de preparación por personal no cualificado.	1	1	5.00

Fortalezas

En la siguiente tabla se presentan las fortalezas propuestas para la matriz ordenadas por el número de investigadores proponentes, exponiéndose también el número de propuestas y su promedio de orden.

Fortalezas	Investigadores (n)	Propuestas (n)	Orden (promedio)
En algunos programas se observan mejoras en la sensibilización de la población, la información y la difusión, incluyendo sus resultados	16	20	2.85
Calidad científico-técnica de los profesionales y equipamientos con especial referencia a los gastroenterólogos	14	15	3.00
Estandarización del proceso del cribado	12	16	3.13
Solidez de los programas	9	15	2.73
Implicación y motivación de los profesionales	8	9	3.78
Existe una progresiva mayor participación de enfermería en los programas, destacando el papel de la enfermería de gestión de casos	8	8	3.38
Tiempo desde implantación, extensión geográfica y resultados de los programas	7	8	3.25
Mejoras en participación y adherencia	6	7	2.43
Resultados de los programas	6	6	4.00
Los programas favorecen la cooperación entre niveles y servicios	5	5	2.40
Calidad de algunos programas	4	5	4.40
Precio y fiabilidad de la prueba de cribado	3	3	1.67
Implicación de Salud Pública	2	2	2.00
Desarrollo de investigación vinculada a los programas	2	2	5.00

El cribado de CCR se ha introducido en las carteras de servicio de todas las comunidades	1	1	3.00
Financiación específica para el desarrollo de programas de cribado	1	1	3.00
Creación y auge de las unidades de CCR	1	1	4.00
Instauración de vías rápidas de cribado	1	1	5.00

Análisis externo

Amenazas

En la siguiente tabla se presentan las amenazas propuestas para la matriz ordenadas por el número de investigadores proponentes, exponiéndose también el número de propuestas y su promedio de orden.

Amenazas	Investigadores (n)	Propuestas (n)	Orden (promedio)
Dificultades para la financiación y de incorporación de recursos humanos	27	34	2.62
Falta de participación y adherencia de la población	18	28	2.79
Cambios epidemiológicos que obligan a modificar el rango de edad de los cribados	15	15	2.46
Falta de concienciación y compromiso de la Atención Primaria y dificultadas para su integración como la saturación y falta de recursos	14	14	2.78
Deficiente difusión, conocimiento de los programas y educación sanitaria	10	11	3.45
Desmotivación, desconocimiento y desinterés de la población	8	8	2.56
Déficits en la formación e información para los profesionales	8	8	4.13
Falta de interés político y falta de interés y compromiso de las diferentes administraciones sanitarias	7	7	3.00
Cribado oportunista que puede ser oculto e inducido por nuevas pruebas diagnósticas	7	7	3.29
Debilitamiento y fragilidad del Sistema Nacional de Salud y fragilidad de este ante pandemias y otras posibles situaciones como conflictos internacionales	4	5	4.20
Dudas sobre la rentabilidad de los programas a nivel nacional teniendo en cuenta la adherencia	4	4	1.25
Cambios e injerencias políticas	2	2	1.00
Incremento de la demanda asistencial y creación de cuellos de botellas tras la pandemia COVID	2	2	2.00
Desmotivación profesional	2	2	3.00
Escaso conocimiento entre los profesionales respecto de la efectividad del cribado	1	1	2.00
Falta de implicación de enfermería	1	1	3.00
La falta de cultura de la colaboración multidisciplinar	1	1	3.00

Ausencia de una sociedad científica única para tratar el tema con las administraciones	1	1	5.00
Falta de estudios de coste-beneficio	1	1	5.00
No evidencia de efecto de los programas sobre la supervivencia global	1	1	5.00

Oportunidades

En la siguiente tabla se presentan las oportunidades propuestas para la matriz ordenadas por el número de investigadores proponentes, exponiéndose también el número de propuestas y su promedio de orden.

Oportunidades	Investigadores (n)	Propuestas (n)	Orden (promedio)
Evidencia sobre los programas de cribado: eficacia, efectividad, eficiencia e impacto	17	30	2.47
La estandarización es una pieza clave en la gestión eficiente de procesos y su evaluación	10	13	3.69
Disponibilidad de nuevas pruebas más eficaces	9	10	2.90
Contribución de las SS. CC. y de otras organizaciones	8	9	4.34
Modelos aplicables de inteligencia artificial	6	7	3.43
Incremento de la eficiencia del sistema	6	6	2.50
Ampliación del intervalo de edad para el cribado	6	6	2.58
La enfermería es pieza clave en la atención sanitarias y es deseable una mayor participación en el cribado	6	6	3.50
Disponibilidad de mayores recursos para sanidad	5	6	3.00
Fortaleza del sistema sanitario público	5	5	2.20
Respaldo desde un entorno sanitario europeo alineado	4	4	2.25
Atención Primaria como base de la prevención y de la concienciación de la población	2	2	5.00
El cáncer es un asunto prioritario en la población	1	1	1.00
Los programas reducen la mortalidad por el diagnóstico precoz y contribuyen a la mejora de los estilos de vida	1	1	1.00
Ejemplo tomado de otros cribados de cáncer	1	1	2.00
Prevención primaria	1	1	3.00
Importancia de alto riesgo como modelo de atención sanitaria en nuestro sistema	1	1	4.00
Avances en la detección de lesiones planas gracias a nuevas ópticas	1	1	5.00
Fin de la pandemia COVID	1	1	5.00

Propuestas integradas reclasificadas como propuestas de estrategia/acción

Los investigadores han realizado una serie de propuestas dentro del apartado de oportunidades que estrictamente no pueden considerarse como tales, ya que no son condiciones existentes en la actualidad, por lo menos de manera generalizada, sino más bien el camino a seguir para progresar en el cribado. Por ello, esta serie de propuestas se han considerado como de estrategia/acción.

Estas propuestas de estrategia/acción se describen en la siguiente, detallándose cada una de ellas, el número de investigadores que proponen, el número de propuestas realizadas para cada una de las estrategias/acciones y el promedio de orden.

Propuestas de estrategia/acción	Investigadores (n)	Propuestas (n)	Orden (promedio)
Promover la implicación y colaboración entre los diferentes actores involucrados en los programas	10	11	2.00
Innovación, mejoras tecnológicas e investigación	9	14	3.07
Fortalecimiento de los programas	8	9	1.33
Mejorar participación y adherencia	8	8	2.75
Incrementar la participación y coordinación de Atención Primaria en los programas	6	7	2.64
Mejora en la coordinación y ejecución de los programas entre CC. AA. para disminuir variabilidad e inequidad	6	7	3.43
Mejorar la formación de los profesionales	6	6	3.83
Optimización de la prueba de cribado basada en SOH	4	4	3.50
Comprobar impacto y efectividad de los programas	2	2	3.00
Benchmarking entre CC. AA.	2	2	3.50
Incentivación de los profesionales	2	2	4.50
Inclusión en los programas del seguimiento de los pacientes a los que se le han resecaado adenomas	1	1	2.00
Activar prevención primaria	1	1	3.00
Impulsar circuito de cribado familiar y asistencia de pacientes con tumores hereditarios	1	1	4.00

Trazabilidad de cada una de las propuestas

En este apartado se describe el origen y evolución de cada una de las propuestas finales de la matriz DAFO inicial propuesta partiendo de las propuestas originales de los investigadores y siguiendo los pasos de agrupamiento por temas, integración de propuestas generales y reformulación. En cada una de las descripciones de las propuestas integradas de partida, se indica, entre paréntesis, si fueron formuladas inicialmente por los investigadores como debilidad, amenaza, fortaleza u oportunidad, el número de investigadores proponentes, el número de propuestas realizadas y el promedio de orden.

Debilidades

- Dificultades para absorber la demanda con creación de demoras excesivas, agravada por el seguimiento.
 - Es resultado de la fusión de tres propuestas integradas:
 - Dificultad para absorber la demanda y existencia de demoras excesivas (amenaza/14/23/3.13).
 - Demanda y demora de las pruebas (debilidad/12/12/2.92).
 - El seguimiento de las polipectomías y la vigilancia de las neoplasias precoces, especialmente si es inadecuado, incrementa la demanda y la demora de pruebas (amenaza/3/3/3.67).
- Limitaciones, deficiencias y dificultades en la estandarización y uniformidad de los programas de cribado, incluyendo la exportación automática de los datos epidemiológicos.
 - Es resultado de la fusión de tres propuestas integradas:
 - Deficiencias y dificultades en la estandarización y uniformidad de los programas de cribado (debilidad/16/24/2.88).
 - Limitaciones en la estandarización de los programas de cribado (amenaza/11/17/3.79).
 - Ausencia de oportunidad de exportar datos epidemiológicos de forma automática (debilidad/1/1/3.00).
 - Como comentario adicional cabe reseñar que existe cierto grado de contradicción entre esta propuesta de debilidad y una fortaleza que se verá más adelante, tal como se describirá posteriormente.
- Descoordinación, variabilidad e inequidades entre CC. AA.
 - Es resultado de la fusión de dos propuestas integradas:
 - Variabilidad e inequidades en los programas de cribado españoles (debilidad/15/18/2.17).
 - Descoordinación e inequidades entre CC. AA. (amenaza/12/13/2.54).
- Información a la población y difusión de los programas insuficientes (debilidad/14/18/2.89).
- Defectos en las estrategias para mejorar la participación y baja adherencia en el seguimiento:
 - Es resultado de la fusión de cuatro propuestas integradas:
 - Baja adherencia en la vigilancia post polipectomía cuando no se lleva desde el programa poblacional (debilidad/2/2/4.50).
 - No inclusión del perfil socioeconómico en los datos poblacionales (amenaza/1/1/2.00).
 - No invitación a pacientes con seguros privados (amenaza/1/1/4.00).
 - Pérdida de los pacientes que no realizan el cribado inicial (amenaza/1/1/3.00).
- Déficit en el control de los programas y sus procesos:

- Es resultado de la fusión de dos propuestas integradas:
 - Déficit en el control de la calidad de los programas (debilidad/3/3/4.67).
 - Pobre control de calidad de los procesos dentro de los programas (amenaza/1/1/4.00)
- Al igual que ocurría con la estandarización también existe un cierto grado de contradicción entre esta propuesta de debilidad y una de las fortalezas descritas más adelante.
- Poca transparencia y escasa difusión de los resultados (debilidad/3/4/3.75).
- Escaso fomento prevención primaria del CCR (amenaza/2/2/3.50).
- Elevado índice de incidencias administrativas y de fallos burocráticos (debilidad/2/2/4.50).
- No inclusión en los programas de los pacientes de alto riesgo y dificultades para el acceso al consejo genético y la genética clínica:
 - Es resultado de la fusión de dos propuestas integradas:
 - Ausencia de inclusión de pacientes con alto riesgo [síndromes de cáncer hereditario](debilidad/1/1/4.00).
 - Dificultad en el acceso al consejo genético y la genética clínica (amenaza/1/1/5.00).
- Deficiente coordinación con Atención Primaria (debilidad/1/1/2.00).
- Estrategia del cribado en manos exclusivas de la Administración sin participación de las SS. CC. (amenaza/1/1/2.00).
- Falta de unidades de cribado (debilidad/1/1/2.00).
- Necesidad de personal específico (amenaza/1/1/2.00).
- Programas de cribado rígidos a la incorporación de la innovación (debilidad/1/1/3.00).
- Realizar pruebas cuando no está indicado (amenaza/1/1/3.00).
- Falta de evidencia para nuevos avances y lentitud en su puesta en marcha (amenaza/1/1/4.00).
- Falsa sensación de "deber cumplido" tras implantar los programas sin incentivar la mejora de los resultados (amenaza/1/1/5.00).
- Limpieza intestinal. Explicación, seguimiento y adecuación de preparación por personal no cualificado (debilidad/1/1/5.00).

Fortalezas

- En algunos programas se observan mejoras en la sensibilización de la población, la información y la difusión, incluyendo sus resultados:
 - Es resultado de la fusión de dos propuestas integradas:
 - Mejoras en el análisis y difusión de los resultados de los programas (oportunidad/6/9/3.00).

- Mejoras en la sensibilización de la población y en capacidad de los programas para la información y difusión (fortaleza/10/11/2.73).
- Esta fortaleza es contradictoria, al menos en parte, con la debilidad señalada con anterioridad “Información a la población y difusión de los programas insuficientes”, por eso en la reformulación de esta fortaleza se habla de “en algunos programas”; es decir, se interpreta que en el conjunto sigue existiendo debilidad en la difusión de los programas, pero que en algunos programas esto no es así. En cualquier caso, esta aparente contradicción no es tal sino producto de la importante variabilidad e inequidad existente entre CC. AA. y programas en España.
- Calidad científico-técnica de los profesionales y equipamientos con especial referencia a los gastroenterólogos:
 - Es resultado de la fusión de dos propuestas integradas:
 - Calidad científico-técnica de los profesionales y equipamientos con especial referencia a los gastroenterólogos (fortaleza/10/11/2.91).
 - Formación, calidad, capacitación y actualización de los especialistas involucrados (fortaleza/4/4/3.25).
- Estandarización del proceso del cribado (oportunidad/12/16/3.13):
 - Ya se comentó antes la contradicción aparente entre esta fortaleza (descrita por los investigadores como oportunidad, pero que en realidad corresponde al análisis interno y por lo tanto cabe considerarla como fortaleza), apoyada por muchos investigadores y la debilidad anteriormente descrita como “Limitaciones, deficiencias y dificultades en la estandarización y uniformidad de los programas de cribado, incluyendo la exportación automática de los datos epidemiológicos”, igualmente defendida, incluso por un mayor número de esos mismos investigadores. En este sentido, se interpreta que la estandarización, que sí que existe en nuestros programas y es una fortaleza, no es completa en todos ellos y no está lo suficientemente desarrollada y extendida como para que pueda ayudar a controlar la variabilidad e inequidades de los programas, de ahí que quepa considerar estas limitaciones de la fortaleza como una debilidad. Además, como se describirá en su momento, cabe considerar a la estandarización, entendida como valor, como una oportunidad, tal como era la intención de los investigadores al señalarla como tal.
- Solidez de los programas (fortaleza/9/15/2.73).
- Implicación y motivación de los profesionales (fortaleza/8/9/3.78):
- Existe una progresiva mayor participación de enfermería en los programas, destacando el papel de la enfermería de gestión de casos:
 - Es resultado de la fusión de dos propuestas integradas:
 - Mayor participación de enfermería (oportunidad/6/6/3.50).
 - Enfermería de gestión de casos (fortaleza/2/2/3.00).
 - Al igual que con la estandarización, el valor de la enfermería se añade, como se verá, a las oportunidades de la matriz.

- Tiempo desde implantación, extensión geográfica y resultados de los programas (fortaleza/7/8/3.25).
- Mejoras en participación y adherencia (fortaleza/6/7/2.43):
 - Aquí es de aplicación un comentario paralelo al que se realizó para la sensibilización de la población, la información y la difusión, pero aplicado respecto de la contradicción de una amenaza que se verá posteriormente.
- Resultados de los programas (fortaleza/6/6/4.00).
- Los programas favorecen la cooperación entre niveles y servicios (fortaleza/5/5/2.40):
 - Nuevamente en esta fortaleza existe un cierto grado de contradicción con debilidades que señalan la descoordinación y falta de colaboración existente en algunos programas; no obstante, no se puede negar la fortaleza de que los programas bien conducidos sí que fomentan la colaboración entre niveles y servicios.
- Calidad de algunos programas (oportunidad/4/5/4.50)
 - Aunque en las debilidades se señala el “Déficit en el control de los programas y sus procesos”, ello es compatible con que en determinados programas sí que se alcancen adecuadas cotas de calidad.
- Precio y fiabilidad de la prueba de cribado (fortaleza/3/3/1.67).
- Implicación de Salud Pública (fortaleza/2/2/2.00).
- Desarrollo de investigación vinculada a los programas (fortaleza/2/2/5.00).
- El cribado de CCR se ha introducido en las carteras de servicio de todas las comunidades (fortaleza/1/1/3.00).
- Financiación específica para el desarrollo de programas de cribado (fortaleza/1/1/3.00)
 - Entre las amenazas que se verán a continuación se destaca las dificultades para la financiación y de incorporación de recursos humanos. Cabe interpretar que este investigador se refiere a programas concretos, no al conjunto del cribado.
- Creación y auge de las unidades de CCR (fortaleza/1/1/4.00).
- Instauración de vías rápidas de cribado (fortaleza/1/1/5.00).

Amenazas

- Dificultades para la financiación y de incorporación de recursos humanos:
 - Es resultado de la fusión de cuatro propuestas integradas:
 - Dificultades para la financiación y asignación de recursos humanos y materiales a los programas (amenaza/15/21/2.38).
 - Falta de profesionales en el futuro (amenaza/2/2/3.50).
 - Falta de profesionales preparados e implicados (amenaza/1/1/5.00).
 - Financiación y recursos humanos y materiales insuficientes (debilidad/9/10/2.70).

- Falta de participación y adherencia de la población (debilidad/18/28/2.79).
 - Entre las fortalezas se ha señalado “Mejoras en participación y adherencia”; ello es compatible con que, aunque se observen mejoras, e incluso existan algunos programas con buenas cifras de participación, una de las mayores amenazas de los programas sea que la población no participa de manera adecuada, lo que se considera que pertenece al análisis externo, ya que nos referimos precisamente a las personas que no se integran en el programa por falta de motivación y/o información. La adherencia es un problema que incluye algunos aspectos diferentes, pero a efectos prácticos se incluye en el mismo epígrafe.
- Cambios epidemiológicos que obligan a modificar el rango de edad de los cribados:
 - Es resultado de la fusión de tres propuestas integradas:
 - Cambios epidemiológicos que afectan a las poblaciones diana, especialmente el cáncer en personas jóvenes y menores de 50 años (amenaza/4/4/2.25).
 - Necesidad de adecuar los rangos de edad de los programas (amenaza/7/7/2.71)
 - Necesidad de ampliación de la edad del cribado por encima y debajo del límite actual de manera unificada en todo el territorio nacional (debilidad/4/4/2.25).
 - Como se verá después existe un doble enfoque de este punto:
 - Entender la ampliación de la edad del cribado como una amenaza, asumiendo el impacto negativo que tendría el aumento de base poblacional para el funcionamiento de los programas actuales.
 - Entender esa ampliación como una oportunidad adecuando los programas a la realidad epidemiológica actual del CCR.
- Falta de concienciación y compromiso de la Atención Primaria y dificultades para su integración como la saturación y falta de recursos:
 - Es resultado de la fusión de tres propuestas integradas:
 - Falta de concienciación y compromiso de la Atención Primaria con los programas (debilidad/3/3/3.00).
 - Saturación y otras dificultades para la integración de la Atención Primaria (debilidad/2/2/4.00)
 - Actual situación de Atención Primaria, sobrecargada y con falta de recursos (amenaza/9/9/2.44)
- Deficiente difusión, conocimiento de los programas y educación sanitaria (amenaza/10/11/3.45).
- Desmotivación, desconocimiento y desinterés de la población (amenaza/8/8/2.56).
- Déficits en la formación e información para los profesionales (debilidad/8/8/4.13).
- Falta de interés político y falta de interés y compromiso de las diferentes administraciones sanitarias:
 - Es resultado de la fusión de dos propuestas integradas:

- Escaso interés y compromiso de las diferentes administraciones sanitarias (amenaza/5/5/3.20).
- Falta de interés político y de las Administraciones por los programas debilidad/2/2/2.50).
- Cribado oportunista que puede ser oculto e inducido por nuevas pruebas diagnósticas:
 - Es resultado de la fusión de tres propuestas integradas:
 - Nuevas pruebas diagnósticas que sean usadas en los cribados oportunistos o que desplacen a las actuales (amenaza/2/2/3.50).
 - El cribado oportunista (amenaza/1/1/1.00).
 - Existencia de cribados ocultos (amenaza/4/4/3.75).
- Debilitamiento y fragilidad del Sistema Nacional de Salud y fragilidad de este ante pandemias y otras posibles situaciones como conflictos internacionales:
 - Es resultado de la fusión de dos propuestas integradas:
 - Debilitamiento del Sistema Nacional de Salud (amenaza/2/3/3.67).
 - El sistema se ha demostrado frágil ante posibles pandemias y otras situaciones como conflictos internacionales (amenaza/2/2/5.00).
- Dudas sobre la rentabilidad de los programas a nivel nacional teniendo en cuenta la adherencia:
 - Es resultado de la fusión de dos propuestas integradas:
 - Dudas sobre la rentabilidad de los programas a nivel nacional (amenaza/3/3/1.33).
 - Dudas sobre la rentabilidad de los programas por su baja adherencia en la mayor parte de las CC. AA. (amenaza/1/1/1.00)
- Cambios e injerencias políticas (amenaza/2/2/1.00).
- Incremento de la demanda asistencial y creación de cuellos de botellas tras la pandemia COVID (amenaza/2/2/2.00).
- Desmotivación profesional (amenaza/2/2/3.00).
- Escaso conocimiento entre los profesionales respecto de la efectividad del cribado (amenaza/1/1/2.00).
- Falta de implicación de enfermería (amenaza/1/1/3.00).
- La falta de cultura de la colaboración multidisciplinar (amenaza/1/1/3.00).
- Ausencia de una sociedad científica única para tratar el tema con las administraciones (debilidad/1/1/5.00).
- Falta de estudios de coste-beneficio (debilidad/1/1/5.00).
- No evidencia de efecto de los programas sobre la supervivencia global (debilidad/1/1/5.00).

Adicionalmente a todas estas amenazas descritas, un investigador señala la “No inclusión en la cartera de servicios y desvinculación de los programas de la prevención primaria” (debilidad/1/1/2.00), mientras ya se ha visto que otro, entre las fortalezas, indica que “El cribado de CCR se ha introducido en las carteras de servicio de todas las comunidades”. La

realidad es que el cribado de CCR forma parte de la cartera de servicios común del Servicio Nacional de Salud (SNS). Otra cosa es si eso se traduce, o no, de manera efectiva en una política activa y plena en todas las CC. AA. En cualquier caso, a la hora de la elaboración de las estrategias, parece lógico considerar como fortaleza el que el cribado esté incluido en la cartera común del SNS. Respecto de la apreciación del mismo investigador como amenaza sobre la desvinculación de los programas de la prevención primaria, parece completamente procedente, si bien se corresponde a una debilidad, no a una fortaleza, ya señalada por otro investigador. En este caso, lo que se ha hecho es eliminar de las amenazas la “no inclusión en la cartera de servicios” y mantener la debilidad que se refiere al “Escaso fomento prevención primaria del CCR”, considerando que es apoyada por dos y no solo por un investigador.

Oportunidades

- Evidencia sobre los programas de cribado: eficacia, efectividad, eficiencia e impacto (fortaleza/17/30/2.47).
- La estandarización es una pieza clave en la gestión eficiente de procesos y su evaluación;
 - Es resultado de la fusión de dos propuestas integradas:
 - Mejora en la estandarización de los procesos de cribado (oportunidad/9/12(3.83).
 - Reajuste de diferentes criterios de los programas (oportunidad/1/1/2.00).
 - La segunda se clasificó inicialmente como una oportunidad ligada a la mejora del proceso en cuanto a la demora, pero en esta versión final se integra en este apartado de estandarización.
 - La redacción final de esta oportunidad se redacta destacando el valor de la estandarización, en líneas generales, lo que sería de aplicación no solo al cribado, por lo que cabe considerarlo en el análisis externo.
- Disponibilidad de nuevas pruebas más eficaces:
 - Es resultado de la fusión de dos propuestas integradas:
 - Impulso del estudio y la realización de pruebas más eficaces (fortaleza/1/1/5.00).
 - Nuevas pruebas de cribado (oportunidad/1/1/1.00).
- Contribución de las SS. CC. y de otras organizaciones:
 - Es resultado de la fusión de dos propuestas integradas:
 - Contribución de las diversas sociedades científicas que apoyan los programas (fortaleza/3/3/4.67).
 - Participación de organizaciones y asociaciones (oportunidad/5/6/4.17).
- Modelos aplicables de inteligencia artificial:
 - Es resultado de la fusión de dos propuestas integradas:

- Aplicación de modelos de inteligencia artificial (oportunidad/4/5/3.80).
- Innovación en técnicas, información e inteligencia artificial (oportunidad/2/2/3.00).
- Incremento de la eficiencia del sistema (oportunidad/6/6/2.50).
- Ampliación del intervalo de edad para el cribado:
 - Es resultado de la fusión de dos propuestas integradas:
 - Tendencia a ampliar las edades de cribado (oportunidad/1/1/5.00).
 - Ampliación del intervalo de edad para el cribado (oportunidad/5/%/2.60).
- La enfermería es pieza clave en la atención sanitarias y es deseable una mayor participación en el cribado (oportunidad/6/6/3.50):
 - Inicialmente redactado en las propuestas integradas como “Mayor participación de enfermería).
- Disponibilidad de mayores recursos para sanidad (oportunidad/5/6/3.00).
- Fortaleza del sistema sanitario público (fortaleza/5/5/2.20).
- Respaldo desde un entorno sanitario europeo alineado:
 - Es resultado de la fusión de dos propuestas integradas:
 - Entorno sanitario europeo alineado (fortaleza/1/172.00).
 - Respaldo en marco europeo (oportunidad/3/3/2.33).
- Atención Primaria como base de la prevención y de la concienciación de la población (fortaleza/2/2/5.00).
- El cáncer es un asunto prioritario en la población (oportunidad/1/1/1.00).
- Los programas reducen la mortalidad por el diagnóstico precoz y contribuyen a la mejora de los estilos de vida (oportunidad/1/1/1.00).
- Ejemplo tomado de otros cribados de cáncer (oportunidad/1/1/2.00).
- Prevención primaria (oportunidad/1/1/3.00).
- Importancia de alto riesgo como modelo de atención sanitaria en nuestro sistema (oportunidad/1/14.00).
 - La propuesta de oportunidad del investigador fue redactada como “Impulsar circuito de cribado familiar y asistencia de pacientes con tumores hereditarios”; se ha transformado para adaptarla a oportunidad desde una perspectiva externa.
- Avances en la detección de lesiones planas gracias a nuevas ópticas (fortaleza/1/1/5.00).
- Fin de la pandemia COVID (oportunidad/1/1/5.00).

Propuestas de estrategia/acción

- Promover la implicación y colaboración entre los diferentes actores involucrados en los programas (oportunidad/10/11/2.00).
- Innovación, mejoras tecnológicas e investigación (oportunidad/9/14/3.07).

- Fortalecimiento de los programas (oportunidad/8/9/1.33).
- Mejorar participación y adherencia (oportunidad/8/8/2.75).
- Incrementar la participación y coordinación de Atención Primaria en los programas (oportunidad/6/7/2.64).
- Mejora en la coordinación y ejecución de los programas entre CC. AA. para disminuir variabilidad e inequidad (oportunidad/6/7/3.43).
- Mejorar la formación de los profesionales (oportunidad/6/6/3.83).
- Optimización de la prueba de cribado basada en SOH (oportunidad/4/4/3.50).
- Comprobar impacto y efectividad de los programas (oportunidad/2/2/3.00).
- Benchmarking entre CC. AA. (oportunidad/2/2/3.50).
- Incentivación de los profesionales (oportunidad/2/2/4.50).
- Inclusión en los programas del seguimiento de los pacientes a los que se le han resecado adenomas (oportunidad/1/1/2.00).
- Activar prevención primaria (oportunidad/1/1/3.00).
- Impulsar circuito de cribado familiar y asistencia de pacientes con tumores hereditarios (oportunidad/1/1/4.00).

TABLA MATRIZ DAFO INICIAL CON LAS PROPUESTAS MÁS SIGNIFICATIVAS

En resumen, y teniendo en cuenta el criterio de que al menos hayan sido propuestas por 5 investigadores, las más importantes propuestas se describen en la siguiente tabla:

Debilidades	Fortalezas
<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades para absorber la demanda con creación de demoras excesivas, agravada por el seguimiento • Limitaciones, deficiencias y dificultades en la estandarización y uniformidad de los programas de cribado, incluyendo la exportación automática de los datos epidemiológicos • Descoordinación, variabilidad e inequidades entre CC. AA. • Información a la población y difusión de los programas insuficientes • Defectos en las estrategias para mejorar la participación y baja adherencia en el seguimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • En algunos programas se observan mejoras en la sensibilización de la población, la información y la difusión, incluyendo sus resultados • Calidad científico-técnica de los profesionales y equipamientos con especial referencia a los gastroenterólogos • Estandarización del proceso del cribado • Solidez de los programas • Implicación y motivación de los profesionales • Existe una progresiva mayor participación de enfermería en los programas, destacando el papel de la enfermería de gestión de casos • Tiempo desde implantación, extensión geográfica y resultados de los programas • Mejoras en participación y adherencia • Resultados de los programas • Los programas favorecen la cooperación entre niveles y servicios
Amenazas	Oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades para la financiación y de incorporación de recursos humanos • Falta de participación y adherencia de la población • Cambios epidemiológicos que obligan a modificar el rango de edad de los cribados • Falta de concienciación y compromiso de la Atención Primaria y dificultades para su integración como la saturación y falta de recursos • Deficiente difusión, conocimiento de los programas y educación sanitaria • Desmotivación, desconocimiento y desinterés de la población • Déficits en la formación e información para los profesionales • Falta de interés político y falta de interés y compromiso de las diferentes administraciones sanitarias • Cribado oportunista que puede ser oculto e inducido por nuevas pruebas diagnósticas 	<ul style="list-style-type: none"> • Evidencia sobre los programas de cribado: eficacia, efectividad, eficiencia e impacto • La estandarización es una pieza clave en la gestión eficiente de procesos y su evaluación • Disponibilidad de nuevas pruebas más eficaces • Contribución de las SS. CC. y de otras organizaciones • Modelos aplicables de inteligencia artificial • Incremento de la eficiencia del sistema • Ampliación del intervalo de edad para el cribado • La enfermería es pieza clave en la atención sanitarias y es deseable una mayor participación en el cribado • Disponibilidad de mayores recursos para sanidad • Fortaleza del sistema sanitario público

LIMITACIONES DE ESTA FASE

La principal limitación de la construcción inicial de la matriz DAFO que se presenta es la clasificación de cada una de las propuestas respecto de su importancia. El hacerlo según el número de investigadores proponentes da una idea de ello, pero en la composición del panel hay un predominio de gastroenterólogos, de forma que los temas de interés para este grupo podrían ser apoyados por un mayor número de investigadores, mientras que algunos temas importantes, pero sugeridos por no gastroenterólogos, podrían estar infrarrepresentados atendiendo solo al número de investigadores proponentes. Lo mismo cabe decir respecto del número de propuestas. En cuanto a los promedios de orden, reflejan solo, precisamente, el orden en el que cada investigador formuló su propuesta entre las cinco que se le pedían en cada apartado (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades). Por ello, aunque pueden dar idea de la importancia relativa que los investigadores dan a cada propuesta, tampoco es un reflejo fiel de la misma. Además, en el caso de propuestas que proceden de solo, o uno pocos, investigadores, el orden y sus promedios, no reflejarían la importancia más que de un grupo reducido de investigadores. Para solventar este problema, y tal como ya se había previsto en el diseño del proyecto, se va a proceder a una petición expresa a los investigadores para que evalúen la pertinencia y relevancia/importancia de cada una de las propuestas.

Para este propósito se pedirá a cada investigador puntúe cada una de las propuestas en dos diferentes aspectos:

- **Pertinencia de la propuesta integrada respecto del problema de interés (análisis DAFO del cribado de CCR en España), en una escala con tres niveles: -1; 0; 1.**
 - 1 significa pertinente.
 - Cero significa dudosa pertinencia.
 - -1 significa ausencia de pertinencia.
- **Relevancia de la propuesta integrada respecto del problema de interés (análisis DAFO del cribado de CCR en España), en una escala de 1 a 5, siendo 5 muy relevante, 4, bastante relevante, 3 relevante, 2 poco relevante y 1 no relevante.**

Una vez recibidas estas estimaciones se procederá de la siguiente manera respecto de la pertinencia:

- Excluir todas las propuestas integradas en las que la mediana de las respuestas de pertinencia sea -1.
- Aceptar todas las propuestas integradas cuya mediana sea 1.
- Revisar las propuestas integradas cuya mediana sea superior a -1 y menor que 1.

Y respecto a la relevancia:

- Excluir todas las preguntas en las que la mediana de las respuestas de relevancia sea 1.
- Aceptar todas las preguntas cuya mediana sea 4 o 5.

- Revisar las preguntas cuya mediana sea superior a 1 y menor que 4.

Las propuestas dudosas (a revisar) tanto por pertinencia como por relevancia será evaluadas por el grupo coordinador, quién elevará a consideración y aprobación a los investigadores el listado final de propuestas integradas a considerar para la siguiente fase del análisis DAFO que será la de definición de estrategias.

PROPUESTA DE CONTINUIDAD DEL PROYECTO

Una vez completada esta fase de evaluación de la pertinencia y relevancia de las propuestas integradas en la matriz DAFO inicial, se procederá al cierre de esta y al inicio de la siguiente fase que es la de realizar propuestas de estrategias.



MATERIAL SUPLEMENTARIO

PERTINENCIA Y RELEVANCIA DAFO

Material suplementario 06

VALORACIÓN DE PERTINENCIA Y RELEVANCIA DE LAS PROPUESTAS REALIZADAS POR LOS INVESTIGADORES PARA LA DEFINICIÓN DE LA MATRIZ DAFO

CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO

- Antecedentes
- Metodología seguida en esta fase
- Valoración de pertinencia y relevancia de las diferentes propuestas
 - a. Debilidades
 - b. Amenazas
 - c. Fortalezas
 - d. Oportunidades
- Comentarios realizados por los investigadores
- Listado de exclusiones resultantes de la valoración de pertinencia
- Tabla matriz DAFO resultante
 - a. Sin exclusiones
 - b. Con exclusiones tras valoración de pertinencia
 - c. Solo propuestas de importancia crucial o muy importantes.
- Limitaciones de esta valoración
- Resumen y conclusiones
- Propuesta de continuidad del proyecto

ANTECEDENTES

En una fase previa, los investigadores realizaron una serie de propuestas de las que su opinión son las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades (DAFO) del cribado del cáncer colorrectal (CCR) en España. Tras de integrar y reformular estas propuestas — adaptándolas al esquema habitual DAFO de análisis interno (debilidades y fortalezas) y externo (amenazas y oportunidades)—, se elaboró la siguiente lista DAFO inicial, que se presenta en el mismo orden con el que ha sido enviada a los investigadores para la valoración de pertinencia y relevancia.

N.º	Debilidades
1	Dificultades para absorber la demanda con creación de demoras excesivas, agravada por el seguimiento.
2	Limitaciones, deficiencias y dificultades en la estandarización y uniformidad de los programas de cribado, incluyendo la exportación automática de los datos epidemiológicos.
3	Descoordinación, variabilidad e inequidades entre CC. AA.

4	Información a la población y difusión de los programas insuficientes.
5	Defectos en las estrategias para mejorar la participación y baja adherencia en el seguimiento.
6	Déficit en el control de los programas y sus procesos.
7	Poca transparencia y escasa difusión de los resultados.
8	Escaso fomento de la prevención primaria del CCR.
9	Elevado índice de incidencias administrativas y de fallos burocráticos.
10	No inclusión en los programas de los pacientes de alto riesgo y dificultades para el acceso al consejo genético y la genética clínica.
11	Deficiente coordinación con Atención Primaria.
12	Estrategia del cribado en manos exclusivas de la Administración sin participación de las SS. CC.
13	Falta de unidades de cribado.
14	Necesidad de personal específico.
15	Programas de cribado rígidos a la incorporación de la innovación.
16	Realizar pruebas cuando no está indicado.
17	Falta de evidencia para nuevos avances y lentitud en su puesta en marcha.
18	Falsa sensación de "deber cumplido" tras implantar los programas sin incentivar la mejora de los resultados.
19	Limpieza intestinal. Explicación, seguimiento y adecuación de preparación por personal no cualificado.

N.º	Amenazas
1	Dificultades para la financiación y de incorporación de recursos humanos.
2	Falta de participación y adherencia de la población.
3	Cambios epidemiológicos que obligan a modificar el rango de edad de los cribados.
4	Falta de concienciación y compromiso de la Atención Primaria y dificultadas para su integración como la saturación y falta de recursos.
5	Deficiente difusión, conocimiento de los programas y educación sanitaria.
6	Desmotivación, desconocimiento y desinterés de la población.
7	Déficits en la formación e información para los profesionales.
8	Falta de interés político y falta de interés y compromiso de las diferentes administraciones sanitarias.
9	Cribado oportunista que puede ser oculto e inducido por nuevas pruebas diagnósticas.
10	Debilitamiento y fragilidad del Sistema Nacional de Salud y fragilidad de este ante pandemias y otras posibles situaciones como conflictos internacionales.
11	Dudas sobre la rentabilidad de los programas a nivel nacional teniendo en cuenta la adherencia.
12	Cambios e injerencias políticas.
13	Incremento de la demanda asistencial y creación de cuellos de botellas tras la pandemia COVID.
14	Desmotivación profesional.
15	Escaso conocimiento entre los profesionales respecto de la efectividad del cribado.
16	Falta de implicación de enfermería.
17	La falta de cultura de la colaboración multidisciplinar.
18	Ausencia de una sociedad científica única para tratar el tema con las administraciones.
19	Falta de estudios de coste-beneficio.
20	No evidencia de efecto de los programas sobre la supervivencia global.

N.º	Fortalezas
1	En algunos programas se observan mejoras en la sensibilización de la población, la información y la difusión, incluyendo sus resultados
2	Calidad científico-técnica de los profesionales y equipamientos con especial referencia a los gastroenterólogos

3	Estandarización del proceso del cribado
4	Solidez de los programas
5	Implicación y motivación de los profesionales
6	Existe una progresiva mayor participación de enfermería en los programas, destacando el papel de la enfermería de gestión de casos
7	Tiempo desde implantación, extensión geográfica y resultados de los programas
8	Mejoras en participación y adherencia
9	Resultados de los programas
10	Los programas favorecen la cooperación entre niveles y servicios
11	Calidad de algunos programas
12	Precio y fiabilidad de la prueba de cribado
13	Implicación de Salud Pública
14	Desarrollo de investigación vinculada a los programas
15	El cribado de CCR se ha introducido en las carteras de servicio de todas las comunidades
16	Financiación específica para el desarrollo de programas de cribado
17	Creación y auge de las unidades de CCR
18	Instauración de vías rápidas de cribado

N.º	Oportunidades
1	Evidencia sobre los programas de cribado: eficacia, efectividad, eficiencia e impacto
2	La estandarización es una pieza clave en la gestión eficiente de procesos y su evaluación
3	Disponibilidad de nuevas pruebas más eficaces
4	Contribución de las SS. CC. y de otras organizaciones
5	Modelos aplicables de inteligencia artificial
6	Incremento de la eficiencia del sistema
7	Ampliación del intervalo de edad para el cribado
8	La enfermería es pieza clave en la atención sanitarias y es deseable una mayor participación en el cribado
9	Disponibilidad de mayores recursos para sanidad
10	Fortaleza del sistema sanitario público
11	Respaldo desde un entorno sanitario europeo alineado
12	Atención Primaria como base de la prevención y de la concienciación de la población
13	El cáncer es un asunto prioritario en la población
14	Los programas reducen la mortalidad por el diagnóstico precoz y contribuyen a la mejora de los estilos de vida
15	Ejemplo tomado de otros cribados de cáncer
16	Prevención primaria
17	Importancia de alto riesgo como modelo de atención sanitaria en nuestro sistema
18	Avances en la detección de lesiones planas gracias a nuevas ópticas
19	Fin de la pandemia COVID

En este informe se describen, primero, las valoraciones realizadas por los investigadores respecto de la pertinencia y relevancia de cada una de estas propuestas, para a continuación seleccionar, siguiendo el resultado de la valoración realizada, aquellas que se proponen para integrarse en la matriz DAFO del proyecto.

METODOLOGÍA SEGUIDA EN ESTA FASE

Cada uno de los investigadores (n = 27) ha recibido un cuestionario vía REDCap en el que se les ha pedido que realicen la valoración de pertinencia y relevancia de cada una de las propuestas de debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades descritas en los antecedentes. Además, se les ha solicitado, si lo consideraban oportuno, comentarios adicionales para cada una de las propuestas, o para el conjunto de estas.

Para la pertinencia se ha pedido que cada una de las propuestas se clasificase de acuerdo con la siguiente escala:

- 1 = pertinente
- 0 = dudosa pertinencia
- -1 = no pertinente

Y para la relevancia, o importancia, esta otra:

- 5 = importancia crucial
- 4 = muy importante
- 3 = importancia media
- 2 = poco importante
- 1 = casi irrelevante

Tras de calcular los promedios de los resultados de pertinencia y de relevancia, se ha considerado cada debilidad, amenaza, fortaleza u oportunidad de la siguiente manera:

- Pertinente si su promedio de pertinencia es superior a 0.5 (lo que equivale a que más de la mitad de los investigadores han puntuado como 1, asumiendo que el resto han puntuado 0). Se han considerado el resto de las propuestas como dudosamente pertinente (valores entre -0,5 y 0.5), o no pertinentes (valores iguales o inferiores a -0,5).
- Respecto de la relevancia el diseño proponía excluir de entrada como irrelevantes aquellas cuyo promedio fuera $\leq 2,6$, considerando que estas propuestas son poco importantes o casi irrelevantes.
 - Esta división de los promedios en grupos se ha hecho en función del siguiente criterio:
 - Importancia crucial: si promedio de relevancia mayor de 4.20
 - Muy importante: si promedio de relevancia mayor de 3.40 y menor o igual a 4.20.
 - Importancia media: si promedio de relevancia mayor de 2.60 y menor o igual a 3.40.
 - Poco importante: si promedio de relevancia mayor de 1.80 y menor o igual a 2.60.

- Casi irrelevante: si promedio de relevancia menor o igual a 1.80.

Con las propuestas resultantes, tras las exclusiones, se ha construido una matriz DAFO.

VALORACIÓN DE PERTINENCIA Y RELEVANCIA DE LAS DIFERENTES PROPUESTAS

Debilidades

En la siguiente tabla se presentan los resultados de la valoración de las debilidades ordenadas por el promedio de pertinencia. En sombreado claro se destacan aquellas cuyos promedios de pertinencia son iguales o menores de 0.5.

Debilidades	Pertinencia (promedio)	Relevancia (promedio)
Defectos en las estrategias para mejorar la participación y baja adherencia en el seguimiento	0.96	4.33
Dificultades para absorber la demanda con creación de demoras excesivas, agravada por el seguimiento	0.96	4.19
Información a la población y difusión de los programas insuficientes	0.89	4.04
Descoordinación, variabilidad e inequidades entre CC. AA.	0.85	3.93
Limitaciones, deficiencias y dificultades en la estandarización y uniformidad de los programas de cribado, incluyendo la exportación automática de los datos epidemiológicos	0.78	3.67
Deficiente coordinación con Atención Primaria	0.63	3.74
No inclusión en los programas de los pacientes de alto riesgo y dificultades para el acceso al consejo genético y la genética clínica	0.63	3.30
Déficit en el control de los programas y sus procesos	0.63	3.15
Escaso fomento de la prevención primaria del CCR	0.59	3.30
Necesidad de personal específico	0.59	3.26
Limpieza intestinal. Explicación, seguimiento y adecuación de preparación por personal no cualificado.	0.56	3.44
Falta de unidades de cribado	0.56	3.22
Poca transparencia y escasa difusión de los resultados	0.52	3.26
Falsa sensación de "deber cumplido" tras implantar los programas sin incentivar la mejora de los resultados	0.44	2.93
Realizar pruebas cuando no está indicado	0.37	3.30
Programas de cribado rígidos a la incorporación de la innovación	0.30	2.78
Elevado índice de incidencias administrativas y de fallos burocráticos	0.26	2.85
Estrategia del cribado en manos exclusivas de la Administración sin participación de las SS. CC.	0.22	2.96
Falta de evidencia para nuevos avances y lentitud en su puesta en marcha	0.22	2.70

Amenazas

En la siguiente tabla se presentan los resultados de la valoración de las amenazas ordenadas por el promedio de pertinencia. En sombreado claro se destacan aquellas cuyos promedios de pertinencia son iguales o menores de 0.5.

Amenazas	Pertinencia (promedio)	Relevancia (promedio)
Falta de participación y adherencia de la población	1.00	4.44
Dificultades para la financiación y de incorporación de recursos humanos	0.96	4.37
Deficiente difusión, conocimiento de los programas y educación sanitaria	0.89	3.85
Cambios epidemiológicos que obligan a modificar el rango de edad de los cribados	0.85	3.59
Desmotivación, desconocimiento y desinterés de la población	0.74	3.85
Déficits en la formación e información para los profesionales	0.74	3.56
Falta de concienciación y compromiso de la Atención Primaria y dificultades para su integración como la saturación y falta de recursos	0.59	3.48
Falta de interés político y falta de interés y compromiso de las diferentes administraciones sanitarias	0.52	3.59
Incremento de la demanda asistencial y creación de cuellos de botellas tras la pandemia COVID	0.52	3.48
No evidencia de efecto de los programas sobre la supervivencia global	0.44	3.22
Cribado oportunista que puede ser oculto e inducido por nuevas pruebas diagnósticas	0.44	2.89
Desmotivación profesional	0.33	3.11
Debilitamiento y fragilidad del Sistema Nacional de Salud y fragilidad de este ante pandemias y otras posibles situaciones como conflictos internacionales	0.33	3.04
Dudas sobre la rentabilidad de los programas a nivel nacional teniendo en cuenta la adherencia	0.33	3.04
La falta de cultura de la colaboración multidisciplinar	0.30	3.07
Falta de estudios de coste-beneficio	0.26	3.00
Escaso conocimiento entre los profesionales respecto de la efectividad del cribado	0.26	2.85
Falta de implicación de enfermería	0.22	2.78
Ausencia de una sociedad científica única para tratar el tema con las administraciones	0.04	2.41
Cambios e injerencias políticas	-0.04	2.67

Fortalezas

En la siguiente tabla se presentan los resultados de la valoración de las fortalezas ordenadas por el promedio de pertinencia. En sombreado claro se destacan aquellas cuyos promedios de pertinencia son iguales o menores de 0.5.

Fortalezas	Pertinencia (promedio)	Relevancia (promedio)
El cribado de CCR se ha introducido en las carteras de servicio de todas las comunidades	1.00	4.41
Calidad científico-técnica de los profesionales y equipamientos con especial referencia a los gastroenterólogos	0.93	4.00
Estandarización del proceso del cribado	0.89	4.41
Creación y auge de las unidades de CCR	0.89	3.78
Resultados de los programas	0.85	3.93
Existe una progresiva mayor participación de enfermería en los programas, destacando el papel de la enfermería de gestión de casos	0.85	3.67
Financiación específica para el desarrollo de programas de cribado	0.81	4.26
Implicación y motivación de los profesionales	0.81	4.11
Solidez de los programas	0.81	3.81
Calidad de algunos programas	0.81	3.70
Precio y fiabilidad de la prueba de cribado	0.78	3.70
Instauración de vías rápidas de cribado	0.74	3.70
En algunos programas se observan mejoras en la sensibilización de la población, la información y la difusión, incluyendo sus resultados	0.74	3.48
Implicación de salud pública	0.70	3.70
Mejoras en participación y adherencia	0.67	3.81
Los programas favorecen la cooperación entre niveles y servicios	0.56	3.56
Desarrollo de investigación vinculada a los programas	0.56	3.37
Tiempo desde implantación, extensión geográfica y resultados de los programas	0.48	3.07

Oportunidades

En la siguiente tabla se presentan los resultados de la valoración de las oportunidades ordenadas por el promedio de pertinencia. En sombreado claro se destacan aquellas cuyos promedios de pertinencia son iguales o menores de 0.5.

Oportunidades	Pertinencia (promedio)	Relevancia (promedio)
Evidencia sobre los programas de cribado: eficacia, efectividad, eficiencia e impacto	0.96	4.19
La enfermería es pieza clave en la atención sanitarias y es deseable una mayor participación en el cribado	0.96	3.70
Fortaleza del sistema sanitario público	0.89	4.22
Respaldo desde un entorno sanitario europeo alineado	0.89	3.74
Atención Primaria como base de la prevención y de la concienciación de la población	0.85	3.93
Prevención primaria	0.85	3.56

Disponibilidad de mayores recursos para sanidad	0.81	4.11
El cáncer es un asunto prioritario en la población	0.81	3.89
Los programas reducen la mortalidad por el diagnóstico precoz y contribuyen a la mejora de los estilos de vida	0.81	3.89
La estandarización es una pieza clave en la gestión eficiente de procesos y su evaluación	0.81	3.85
Incremento de la eficiencia del sistema	0.81	3.74
Ampliación del intervalo de edad para el cribado	0.70	3.63
Avances en la detección de lesiones planas gracias a nuevas ópticas	0.70	3.63
Contribución de las SS. CC. y de otras organizaciones	0.67	3.30
Modelos aplicables de inteligencia artificial	0.56	3.07
Disponibilidad de nuevas pruebas más eficaces	0.52	3.33
Ejemplo tomado de otros cribados de cáncer	0.48	2.89
Fin de la pandemia COVID	0.26	3.04
Importancia de alto riesgo como modelo de atención sanitaria en nuestro sistema	0.26	2.78

COMENTARIOS REALIZADOS POR LOS INVESTIGADORES

Los investigadores han realizado los siguientes comentarios en relación con las diferentes debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades:

Debilidades	Comentarios de los investigadores
Dificultades para absorber la demanda con creación de demoras excesivas, agravada por el seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> Necesidad de dotar con recursos el programa para que sea viable. Requiere la adecuación de dotación de recursos. Debe priorizarse la atención a estos casos frente a realización de colonoscopias de seguimiento que conllevan menor ganancia de salud. Este punto es importante, pero con una enorme variabilidad entre e intra CCAA. Mi experiencia personal es que es un problema de recursos, pero también de gestión de estos, así como de coordinación entre Salud Pública y los servicios de digestivo ya que es necesario trabajar estrechamente entre ambos para modular el envío de invitaciones en función de la disponibilidad y fluctuaciones de la demanda de endoscopia por otras indicaciones a lo largo del año. En Galicia en general, y en nuestro centro en concreto para poner un ejemplo, esta debilidad no tiene ninguna relevancia, pero exige una gestión dedicada y productiva.
Limitaciones, deficiencias y dificultades en la estandarización y uniformidad de los programas de cribado, incluyendo la exportación automática de los datos epidemiológicos	<ul style="list-style-type: none"> El análisis de la información obtenida es fundamental para el desarrollo del programa. Pertinente e importante porque afecta directamente al principio de equidad entre e intra CCAA en todo lo referente a la asistencia sanitaria

<p>Descoordinación, variabilidad e inequidades entre CC. AA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Deseable esa coordinación, pero quizás sea más importante que los criterios utilizados sean los mismos. • Es uno de los cánceres de la Sanidad española, creando ciudadanos de primera y de segunda en función del lugar en el que residan.
<p>Información a la población y difusión de los programas insuficientes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Importante para ir consiguiendo una mayor participación. Redundante. • Es fundamental difundir este programa y sus resultados, comparando con el cáncer de mama nadie deja de hacerse una mamografía. • ...insuficientes y mejorables, lo que explica la baja adherencia general y la elevada adherencia en Euskadi y Navarra
<p>Defectos en las estrategias para mejorar la participación y baja adherencia en el seguimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La participación de la población es fundamental en programas de cribado. • Esta es en mi opinión la principal debilidad y en lo que más debemos incidir. Sin participación o con las bajas participaciones actuales en España, especialmente en varones, podría llegar a cuestionarse incluso la relación de coste-efectividad de los programas
<p>Déficit en el control de los programas y sus procesos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Se pierden muchos pacientes porque no les llega la citación, listados incorrectos. • En Galicia al menos este problema no existe. Hay un control absoluto, con informes periódicos a todos los stakeholders y transparencia
<p>Poca transparencia y escasa difusión de los resultados</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mismo comentario que 2 ítems anterior (la participación de la población es fundamental en programas de cribado). • En Galicia hay transparencia y difusión de los datos, lo que se desaprovecha es la generación de artículos científicos con los resultados del Programa
<p>Escaso fomento de la prevención primaria del CCR</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Necesario campañas informativas. • Comparto la afirmación, pero creo que no es el peor de los males de nuestra sanidad. En otros ámbitos se funciona aún peor. • No estoy de acuerdo si entendemos prevención primaria como recomendaciones de hábitos de vida saludables e información sobre los factores de riesgo de cáncer. Esto se hace, aunque lamentablemente tiene poco alcance entre la población general
<p>Elevado índice de incidencias administrativas y de fallos burocráticos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Importante digitalizar el programa y facilitar tramites. • Yo esto no lo veo en mi práctica clínica real. Puede que si ocurra en otras CCAA
<p>No inclusión en los programas de los pacientes de alto riesgo y dificultades para el acceso al consejo genético y la genética clínica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los pacientes de alto riesgo son los que más podrían beneficiarse. • Los programas de cribado poblacional deben desligarse de programas de seguimiento de subpoblaciones con alto riesgo. • Lo que debe garantizarse es la identificación y canalización de las personas de alto riesgo a los dispositivos asistenciales adecuados, no su inclusión en los programas de

	<p>cribado. Es en esos dispositivos asistenciales en los que debe valorarse la indicación de estudios genéticos.</p> <ul style="list-style-type: none"> Yo esto no lo veo en mi práctica clínica real. En Galicia todos los hospitales de 2º y 3º nivel cuentan con unidades de estas características en los servicios de Digestivo acreditadas por la AEG, y desde Salud Pública se citan los pacientes directamente en las agendas de las consultas CAR. Puede que si ocurra en otras CCAA
Deficiente coordinación con Atención Primaria	<ul style="list-style-type: none"> Siendo importante esta coordinación no debería ser un ítem fundamental. En Galicia al menos este problema no existe
Estrategia del cribado en manos exclusivas de la Administración sin participación de las SS. CC.	<ul style="list-style-type: none"> La participación de las SSCC es fundamental para el diseño, se debería dar por hecho. Es un dislate que se registra en algunas autonomías y que debe corregirse. Entiendo que como SEPD interesa resaltar este punto, pero los programas de cribado son competencia de las Direcciones de Salud Pública de las consejerías de sanidad y ellas seleccionan para formar los grupos de trabajo y de seguimiento a quienes consideren
Falta de unidades de cribado	<ul style="list-style-type: none"> Incrementar unidades de cribado. Está incluida en la primera debilidad. ¿Dónde falta? No estoy seguro de entender este punto.
Necesidad de personal específico	<ul style="list-style-type: none"> Sin personal específico no hay programa. No se especifica el tipo de personal al que se refiere. Si se trata de endoscopistas, estos deben ser experimentados y sería de importancia crucial, entendiéndolo como un recurso "estructural" y no basado en incrementos de jornada. Es importante que los Programas de Cribado establezcan unos requisitos mínimos tanto de recursos técnicos (no vale cualquier plataforma endoscopia) y de capacitación del personal médico y de enfermería. Disponemos de suficiente evidencia científica que soporta estas recomendaciones y así evitar que, por ejemplo, cualquier endoscopista independientemente de su nivel de formación y experiencia realice colonoscopias de cribado.
Programas de cribado rígidos a la incorporación de la innovación	<ul style="list-style-type: none"> Probablemente la ganancia en salud sea mayor consiguiendo mayores tasas de cumplimiento de lo que ya se ha demostrado efectivo que incorporar otras técnicas de cribado novedosas. Es un problema general en todos los ámbitos de la Sanidad española. Además, la innovación llega con mucho retraso con respecto a otros países por la falta de presupuestos. Más que rigidez haría referencia a retrasos en la integración de nuevo conocimiento. En Galicia al menos este problema no existe

Realizar pruebas cuando no está indicado	<ul style="list-style-type: none"> Muy importante mantener la evidencia científica para las indicaciones de cribado. Su realización provoca confusión, inequidades, consumo inadecuado de recursos y disfunciones generalizadas. Modificaría la redacción para incluir "Dificultad para evitar la realización de procedimientos de seguimiento no indicados". En un entorno de recursos limitados evitar todo lo que no aporta valor es de importancia crucial
Falta de evidencia para nuevos avances y lentitud en su puesta en marcha	<ul style="list-style-type: none"> Algo cierto hay de ello. No creo que exista falta de evidencia para nuevos avances. Al igual que en el punto anterior que hace referencia a "programas rígidos" el problema es el retraso en la incorporación de la nueva evidencia. La redacción es confusa: si falta evidencia no puede haber lentitud en su puesta en marcha, ya que si falta evidencia no hay nada que poner en marcha.
Falsa sensación de "deber cumplido" tras implantar los programas sin incentivar la mejora de los resultados	<ul style="list-style-type: none"> Cualquier programa de calidad establece la necesidad de implantar ciclos de mejora continua. Lo de incentivar no entiendo que quiere decir, incentivar implica dar algo a cambio y en este caso no veo el qué.
Limpieza intestinal. Explicación, seguimiento y adecuación de preparación por personal no cualificado.	<ul style="list-style-type: none"> La limpieza intestinal sí que es relevante, pero el problema no está en quién aporta la información, que no precisa de una cualificación específica, sino de una formación y conocimiento específico al respecto, lo que sí es muy relevante. Es un problema real y con una extraordinaria variabilidad de la práctica clínica. Ejemplo: en Galicia cada hospital tiene diferentes pautas de primera y segunda línea de preparación anterógrada, y solo uno (nosotros) una preparación "intensificada" para casos con mala preparación previa. Ello tiene un reflejo en los informes anuales de calidad de la preparación evaluada mediante la escala de Boston y en una tasa de repetición de colonoscopias por mala preparación (siendo la menor la nuestra) que sin embargo no supone una uniformización del proceso de preparación
Amenazas	Comentarios de los investigadores
Dificultades para la financiación y de incorporación de recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> Es un lastre general que padece nuestro Sistema Nacional de Salud.
Falta de participación y adherencia de la población	<ul style="list-style-type: none"> Es un problema que hay que corregir con mensajes adecuados y efectivos lanzados a la población. Problema que afecta a todas las CCAA a excepción de País Vasco y Navarra
Cambios epidemiológicos que obligan a modificar el rango de edad de los cribados	<ul style="list-style-type: none"> No como está redactada. Los cambios epidemiológicos no son los que obligan a modificar el rango de edad, en todo caso el envejecimiento de la población incorpora un mayor número de población. Nueva evidencia científica del aumento de incidencia de CCR en población joven es el factor que podría motivar modificar la edad de cribado en menores de 50 o la confirmación de beneficios en términos de supervivencia en mayores de 70. Es imprescindible convencer a nuestras autoridades para ampliar el rango a la población de 70-75 años ya. En Galicia

	ya lo han aprobado, pero debe ser un cambio uniforme en todas las CCAA para no crear problemas de ausencia de equidad
Falta de concienciación y compromiso de la Atención Primaria y dificultades para su integración como la saturación y falta de recursos	<ul style="list-style-type: none"> • No considero que sea por falta de compromiso. Esta amenaza no está bien formulada. • La detección precoz funcionaría mejor con una atención primaria fuerte. El problema es que el modelo está en crisis. • Si los médicos de AP no tenemos tiempo para facilitar la adherencia al programa. • Escojo la no pertinencia en este caso, por la inclusión en el enunciado de la falta de concienciación y compromiso de la Atención Primaria, algo con lo que estoy en total desacuerdo, y que no ocurre al menos en mi comunidad autónoma. Si escogería como pertinente la siguiente cuestión, ya que la saturación en AP hace muy complicado el poder dedicar el tiempo necesario a las consultas derivadas del protocolo de cribado así como a la mejora o integración del programa. • Importancia media por la situación de colapso general de la AP en toda España
Deficiente difusión, conocimiento de los programas y educación sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> • La información de muchos de esos programas no llega correctamente a la población. • Entiendo que este punto se refiere a la población diana de los programas, pero debe aclararse.
Desmotivación, desconocimiento y desinterés de la población	<ul style="list-style-type: none"> • Redundante. • Puede ser redundante con el punto previo.
Déficits en la formación e información para los profesionales	<ul style="list-style-type: none"> • Cada año aumentan los programas de cribado para diferentes cánceres sin que se acompañe de una adecuada formación de sus beneficios a todos los profesionales sanitarios. Por ejemplo, aunque desconozco si existe algún estudio en España, personalmente me llama la atención la baja adherencia del propio personal sanitario al cribado de CCR.
Falta de interés político y falta de interés y compromiso de las diferentes administraciones sanitarias	<ul style="list-style-type: none"> • Es una tónica general en muchas administraciones sanitarias. El interés suele resucitar en época electoral, por desgracia. • No estoy de acuerdo. Hay compromiso.
Cribado oportunista que puede ser oculto e inducido por nuevas pruebas diagnósticas	<ul style="list-style-type: none"> • No veo por qué el cribado oportunista en otros ámbitos tales como el privado o medicina laboral puede ser una amenaza para el cribado poblacional. • Se solapa con otras amenazas que hace referencia a la difusión, formación, importancia y resultados de los programas activos.

<p>Debilitamiento y fragilidad del Sistema Nacional de Salud y fragilidad de este ante pandemias y otras posibles situaciones como conflictos internacionales</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es uno de los grandes lastres de la Sanidad española, como se vio con la Covid-19. Lamentablemente, tres años después no se ha hecho nada para reforzar esa debilidad. No se ha aprendido de los errores cometidos. • Creo que nos salimos del foco.
<p>Dudas sobre la rentabilidad de los programas a nivel nacional teniendo en cuenta la adherencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Los programas son rentables si estudios bien diseñados lo demuestran. Habrá que mejorar su aplicación y los factores asociados a su rentabilidad. • La rentabilidad existe incluso con baja adherencia. • No creo que existan dudas sobre la rentabilidad de los programas • Si la adherencia es baja estos programas no son coste-efectivos.
<p>Cambios e injerencias políticas</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No me constan. • No queda claro a qué se refiere este punto. Tendría que definirse mejor para ser relevante. Si se refiere a cambios en la estrategia o los recursos asignados dependientes de decisiones políticas no basadas en decisiones de ámbito científico o técnico, debería redactarse mejor. • La implantación de programas de cribado de CCR y sus <i>timings</i> están en un BOE.
<p>Incremento de la demanda asistencial y creación de cuellos de botellas tras la pandemia COVID</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ha sido y sigue siendo uno de los graves problemas registrados en los últimos años, lo que ha provocado una pandemia dentro de la propia pandemia. • Queda ya reflejado en la amenaza que hace referencia al debilitamiento y fragilidad del sistema. • Este problema es transitorio, nos ha afectado en 2021 y 2022, pero en 2023 ya no debería ser un problema. Al menos en Galicia no lo es.
<p>Desmotivación profesional</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La desmotivación se referirá a otros ámbitos, pero no a aquellos que como estos programas se han demostrado efectivos. • Cada vez es mayor por la falta de recursos, las bajas retribuciones y, en algunos territorios, por las injerencias políticas. • Esto es un problema general.
<p>Escaso conocimiento entre los profesionales respecto de la efectividad del cribado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Creo que la mayoría de los profesionales conocen la efectividad del cribado. • No creo que, en general, exista tal desconocimiento. • No creo que exista desconocimiento de su efectividad por los profesionales implicados en los programas.
<p>Falta de implicación de enfermería</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lo redactaría en términos menos contundentes, no tanto falta de implicación como el que no se le dé la adecuada priorización entre sus tareas. • La enfermería debería implicarse más. • Es redundante con puntos previos. No creo que existan datos sobre la implicación de los profesionales de enfermería. Creo que existe escasa utilización de este personal en los centros de salud, pero depende más de decisiones organizativas que de su implicación.

	<ul style="list-style-type: none"> • En mi experiencia su implicación es tan alta como la nuestra.
La falta de cultura de la colaboración multidisciplinar	<ul style="list-style-type: none"> • Aunque ha mejorado con el paso de los años, esa falta de cultura sigue existiendo. • Estoy de acuerdo en lo concerniente a Primaria, pero en atención hospitalaria no.
Ausencia de una sociedad científica única para tratar el tema con las administraciones	<ul style="list-style-type: none"> • Creo que las sociedades científicas deben cobrar más peso en la interlocución con la administración y si no les hacen caso, han de recurrir a la Prensa. • Existe la Red de Programas de Cribado de Cáncer de España. • La escasa capacidad de intermediación no depende del número de sociedades científicas, que necesariamente serán múltiples en un área tan transversal, sino de su incapacidad para conseguir una intermediación conjunta y sólida. • Lo importante no es que haya una única sociedad, sino que el mensaje que se transmita a las administraciones sea claro y firme, y eso se puede lograr perfectamente con varias sociedades. Incluso me atrevería a decir que las administraciones valoran más que 3 sociedades (por ejemplo) del mismo ramo defiendan la misma posición que una única sociedad lo haga.
Falta de estudios de coste-beneficio	<ul style="list-style-type: none"> • Existe suficiente evidencia procedente de estudios de calidad suficiente. • Creo que es un dato importante, siempre y cuando diferenciamos claramente estudios de coste-efectividad (que hay muchos) de estudios de coste-beneficio, que yo diría que en España no hay ninguno.
No evidencia de efecto de los programas sobre la supervivencia global	<ul style="list-style-type: none"> • Efectivamente falta evidencia sobre supervivencia por todas las causas, pero no creo que pueda considerarse una amenaza en la forma en la que están expuestos otros apartados. • Cierto, pero hay estudios en marcha. • Discurso muy polarizado en España y otros países. Los programas de cribado de CCR no aumentan la supervivencia global, esto es un hecho y una debilidad evidente. Pero pueden reducir los costes de los sistemas de salud asociados a los tratamientos sistémicos cada vez más efectivos (bueno) pero también cada vez más caros. Pero en lugar de enfocarlo así, los estudios científicos y las SSCC seguimos insistiendo en la reducción de la mortalidad por CCR, cuando en mi opinión es un argumento irrelevante (me permito exagerado un poco) si no se contextualiza.

Fortalezas	Comentarios de los investigadores
En algunos programas se observan mejoras en la sensibilización de la población, la información y la difusión, incluyendo sus resultados	<ul style="list-style-type: none"> • "Baja adherencia al programa" identificado como debilidad. • Cierto. Sin embargo, todavía hay que afinar más y utilizar como herramienta a los medios de comunicación para amplificar el mensaje. • En mi opinión solo debe considerarse una fortaleza si es una tendencia mayoritaria en los programas existentes. No estoy seguro de que pueda realizarse esta afirmación. • Obvio
Calidad científico-técnica de los profesionales y equipamientos con especial referencia a los gastroenterólogos	<ul style="list-style-type: none"> • Yo quitaría la referencia específica a gastroenterólogos, (siendo además uno de ellos), entiendo más correcto quedarse en una referencia expresa a todos los profesionales que trabajan en el proyecto, donde los gastroenterólogos tienen tanta parte como los profesionales de atención primaria..., y hasta la auxiliar de clínica que explica detalladamente las instrucciones de limpieza para una colonoscopia.
Estandarización del proceso del cribado	
Solidez de los programas	
Implicación y motivación de los profesionales	<ul style="list-style-type: none"> • Sin implicación el programa no saldrá adelante. • Para lograrlo hay que incentivarles, otra de las tareas pendientes del Sistema Nacional de Salud.
Existe una progresiva mayor participación de enfermería en los programas, destacando el papel de la enfermería de gestión de casos	<ul style="list-style-type: none"> • Muy importante el papel de enfermería. • Es pertinente y muy importante pero solo si es posible afirmar que esa es la situación actual en la mayoría de los programas. No dispongo información de en qué medida es así. No es así en el caso que conozco. • En Galicia, todo lo relacionado con la gestión de casos lo realiza personal de la Dirección de Salud Pública, y no de enfermería local. Si añadimos la escasez actual y futura de enfermería ... no lo veo
Tiempo desde implantación, extensión geográfica y resultados de los programas	<ul style="list-style-type: none"> • Tal como está redactado no entiendo muy bien que se pueda hablar de fortaleza, antes, al contrario, quizás llevamos ya demasiados años en todo esto y los avances deberían haber sido mucho mayores. • Me parece que es algo tardío. Podría ser más rápido con más recursos. • Creo que puede afirmarse en el apartado de extensión geográfica.
Mejoras en participación y adherencia	<ul style="list-style-type: none"> • "Baja adherencia al programa" identificado como debilidad. • Sostener esta afirmación requeriría confirmar una clara tendencia de ámbito nacional. • Esto no es una fortaleza, es una debilidad
Resultados de los programas	<ul style="list-style-type: none"> • Al igual que en el apartado previo requiere disponer de datos de tendencias nacionales que demuestren mejoras en los

	<p>resultados. Importancia media porque los resultados son muy mejorables</p>
Los programas favorecen la cooperación entre niveles y servicios	
Calidad de algunos programas	<ul style="list-style-type: none"> • Quizás no sea correcta mención específica a "algunos", entendiéndolo que otros no tienen tal calidad, con lo que no estoy de acuerdo. • En general, es buena, pero en algunos sitios debe mejorarse. No hay dudas de la importancia de la calidad de los programas. • Sostener que esta calidad es una fortaleza actual del sistema requiere datos que confirmen la calidad global de los programas en el ámbito nacional. • Crucial porque algunas CCAA funcionan mejor que otras, y tenemos que aprender de los mejores y aplicarlo
Precio y fiabilidad de la prueba de cribado	<ul style="list-style-type: none"> • Hay que demostrar que sean costo/eficientes. • Sobradamente demostrado en todos los modelos de coste-efectividad y coste-beneficio
Implicación de salud pública	<ul style="list-style-type: none"> • Fundamental. • Actualmente los programas están muy descentralizados. No creo que pueda sostenerse esta afirmación. • Es que estos programas los desarrollan las direcciones de salud pública
Desarrollo de investigación vinculada a los programas	<ul style="list-style-type: none"> • Solo sería una fortaleza si el número de investigación original que genere evidencia de alta calidad fuera alto. Creo que globalmente la situación casi es la contraria.
El cribado de CCR se ha introducido en las carteras de servicio de todas las comunidades	<ul style="list-style-type: none"> • Esto es fundamental. Además, debería hacerse de manera uniforme, para que los cribados sean iguales en todos los sitios, nivelando por arriba, obviamente. • Habría que revisar la situación en las ciudades autónomas, donde hasta donde sé el desarrollo es escaso.
Financiación específica para el desarrollo de programas de cribado	<ul style="list-style-type: none"> • Asignar este punto como fortaleza requeriría confirmar que existe en todos los casos. Mi información previa, no actualizada, es que no en todas las comunidades existía financiación específica y suficiente. • Es un tema que considero muy importante. Por ejemplo, en Galicia, al inicio la financiación, tanto de recursos materiales como...
Creación y auge de las unidades de CCR	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere aclaración sobre si se refiere a unidades multidisciplinarias de CCR, Consultas de alto Riesgo o cáncer familiar o ambas.
Instauración de vías rápidas de cribado	<ul style="list-style-type: none"> • Es una tarea a acometer. • ¿Qué son las Vías Rápidas de Cribado? No tiene sentido, una colonoscopia de cribado, a consecuencia de un test de SOH positivo en un paciente asintomático, no precisa ninguna vía rápida. De hecho, la evidencia científica establece que la

	espera media aceptable a la colonoscopia es de 60 días, y que incluso tiempos de hasta 180 días no influyen en el pronóstico del paciente
Oportunidades	Comentarios de los investigadores
Evidencia sobre los programas de cribado: eficacia, efectividad, eficiencia e impacto	<ul style="list-style-type: none"> Revisaría la redacción. Lo que existen son oportunidades de investigación sobre eficacia...
La estandarización es una pieza clave en la gestión eficiente de procesos y su evaluación	<ul style="list-style-type: none"> Estandarización identificada como fortaleza. Revisaría la redacción: la oportunidad son las mejoras en la estandarización...
Disponibilidad de nuevas pruebas más eficaces	<ul style="list-style-type: none"> Clave que exista presupuesto para incorporarlas todo lo rápido que se pueda. Revisaría la redacción: la oportunidad es la previsión de nuevas tecnologías de genética o metabólica que puedan mejorar los resultados. Mi valoración negativa se explica porque básicamente aún no las tenemos
Contribución de las SS. CC. y de otras organizaciones	<ul style="list-style-type: none"> El enunciado no lo entiendo, queda bien pero no dice nada práctico.
Modelos aplicables de inteligencia artificial	<ul style="list-style-type: none"> Si se refiere a programas de ayuda captación de imágenes durante la colonoscopia hoy en día no tienen suficiente desarrollo y aportan poco a un endoscopista experimentado. Hay que mejorar en este aspecto. Es el futuro. Debe indicarse en qué ámbitos la IA es una oportunidad: ¿la estratificación de la población? A día de hoy. Esto puedo cambiar. A corto plazo van a ser un game changer.
Incremento de la eficiencia del sistema	<ul style="list-style-type: none"> Para mejorar la eficiencia del sistema habría que reformar el modelo de gestión, circunstancia que considero imposible dada la alta sindicalización y la defensa de los intereses creados existentes. El enunciado no lo entiendo, queda bien pero no dice nada práctico.
Ampliación del intervalo de edad para el cribado	<ul style="list-style-type: none"> Ver comentario previo con respecto a la edad de cribado (No como está redactada. Los cambios epidemiológicos no son los que obligan a modificar el rango de edad, en todo caso el envejecimiento de la población incorpora un mayor número de población. Nueva evidencia científica del aumento de incidencia de CCR en población joven es el factor que podría motivar modificar la edad de cribado en menores de 50 o la confirmación de beneficios en términos de supervivencia en mayores de 70). En algunas CCAA ya se ha aprobado hasta los 75 años (al menos en Galicia).

<p>La enfermería es pieza clave en la atención sanitarias y es deseable una mayor participación en el cribado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La enfermería debe ganar peso en la atención sanitaria y en los cribados. • Revisaría la redacción: la oportunidad es mejorar la participación de las enfermeras como forma de mejorar la información de los pacientes sobre la preparación intestinal... • Sobre todo, para promover la adherencia en Atención Primaria.
<p>Disponibilidad de mayores recursos para sanidad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • El porcentaje del PIB dedicado a Sanidad es ridículo atendiendo a las listas de espera existentes, al coste de los nuevos medicamentos y equipos tecnológicos y al envejecimiento de la población. Todo ello agravado por el tapón formado por la Covid-19. • Solo puede decirse que es una oportunidad si es previsible un aumento de los recursos, sino sería una amenaza. • Es una obviedad, aunque entiendo que tengamos que ponerla. Pero si lo hacemos debe acompañarse del ahorro de recursos que suponen los programas de cribado de CCR al reducir el gasto global de tto. de esta enfermedad por la identificación de CCR en etapas.
<p>Fortaleza del sistema sanitario público</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Demasiado genérico. • Su fortaleza es ahora mismo muy débil por culpa de la ineficiencia gestora y la asfixia financiera.
<p>Respaldo desde un entorno sanitario europeo alineado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La UE tiene un programa de cribados en cáncer.
<p>Atención Primaria como base de la prevención y de la concienciación de la población</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La lástima es que el modelo de atención primaria está obsoleto. Hay que reformarlo entero. • Revisar la redacción: la oportunidad es que existe margen de mejora en la redefinición del papel de la atención primaria.
<p>El cáncer es un asunto prioritario en la población</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Demasiado genérico. • Creo que cada vez más, pero hay que incidir en la erradicación de hábitos no saludables.
<p>Los programas reducen la mortalidad por el diagnóstico precoz y contribuyen a la mejora de los estilos de vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Muy importante, y hay que concienciar a la población de que se someta a ellos y actúe en consecuencia. • Es un resultado potencial de los programas, no una oportunidad. • Los programas reducen la mortalidad por CCR, 100% de acuerdo, pero no conozco ninguna bibliografía que justifique la afirmación de que mejoran (realmente) los estilos de vida. Aunque también puede que esté mal informado.
<p>Ejemplo tomado de otros cribados de cáncer</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No relevante en su redacción actual. El ejemplo del resto de programas, dirigidos a mujeres, no creo que sea relevante en el caso del CCR, más complejo, mayor población y de ambos sexos. • Tema delicado, sobre todo si nos vamos a comparar con el cada vez más cuestionado cribado de cáncer de mama. Yo no lo pondría.

Prevención primaria	<ul style="list-style-type: none"> Fundamental. Hay que incentivarla. Muy pertinente si se revisa su redacción: la oportunidad es la posibilidad de disminuir la carga de enfermedad mediante la prevención primaria. Disminuiría los costes del cribado al disminuir la prevalencia de enfermedad. Sin duda es una oportunidad en la que hay que apostar y todos los agentes implicados trabajamos en esa línea. Pero los resultados son y serán muy limitados.
Importancia de alto riesgo como modelo de atención sanitaria en nuestro sistema	<ul style="list-style-type: none"> El mayor riesgo a efecto de salud pública es en población general, no en subpoblaciones de alto riesgo. No relevante en su redacción actual. Si se refiere a las consultas de alto riesgo no creo que sea exportable al modelo de los programas de cribado. No entiendo a qué se refiere.
Avances en la detección de lesiones planas gracias a nuevas ópticas	<ul style="list-style-type: none"> Revisar la redacción: sustituiría lesiones planas por lesiones mucosas sutiles o similar. No se entiende a menos que te dediques específicamente a esto. Habría reescribirlo, y justificarlo con datos objetivos de "cánceres de intervalo", y la evidencia científica es aún insuficiente.
Fin de la pandemia COVID	<ul style="list-style-type: none"> Ayudaría a "desatascar" las tareas pendientes que se acumularon durante la pandemia. Si ha finalizado ha finalizado, no veo cómo encaja en el documento.

Además de estos comentarios específicos, los investigadores han realizados estos cuatro comentarios generales:

- Es difícil no decir que las ideas no son pertinentes. Discrimina poco.
- En líneas generales, creo que la lista de debilidades y oportunidades es correcta. Cuando resalto pertinente es que considero importante el enunciado y la necesidad de implementar o mejorar lo que en él se dice.
- Lo que ahora estamos viviendo en AP es que a la mayoría de nuestros pacientes desde que se inició la pandemia no han recibido la carta para participar de inicio o para el seguimiento en estos años. Algunos médicos solicitan SOH por su cuenta al no recibir esta invitación por lo que son pacientes que se pierden.
- Excelente trabajo.

LISTADO DE EXCLUSIONES RESULTANTES DE LA VALORACIÓN DE PERTINENCIA

Como se ha señalado en la metodología y también a la hora de presentar los resultados, se propone la exclusión de aquellas debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades cuyo promedio de pertinencia haya sido igual o inferior a 0.5. En la siguiente tabla se presenta el

listado de exclusiones, con los valores de su promedio de valoración de pertinencia seguido del de relevancia.

Debilidades excluidas tras la valoración de pertinencia	Pertinencia (promedio)	Relevancia (promedio)
Falsa sensación de "deber cumplido" tras implantar los programas sin incentivar la mejora de los resultados	0.44	2.93
Realizar pruebas cuando no está indicado	0.37	3.30
Programas de cribado rígidos a la incorporación de la innovación	0.30	2.78
Elevado índice de incidencias administrativas y de fallos burocráticos	0.26	2.85
Estrategia del cribado en manos exclusivas de la Administración sin participación de las SS. CC.	0.22	2.96
Falta de evidencia para nuevos avances y lentitud en su puesta en marcha	0.22	2.70
Amenazas excluidas tras la valoración de pertinencia	Pertinencia (promedio)	Relevancia (promedio)
No evidencia de efecto de los programas sobre la supervivencia global	0.44	3.22
Cribado oportunista que puede ser oculto e inducido por nuevas pruebas diagnósticas	0.44	2.89
Desmotivación profesional	0.33	3.11
Debilitamiento y fragilidad del Sistema Nacional de Salud y fragilidad de este ante pandemias y otras posibles situaciones como conflictos internacionales	0.33	3.04
Dudas sobre la rentabilidad de los programas a nivel nacional teniendo en cuenta la adherencia	0.33	3.04
La falta de cultura de la colaboración multidisciplinar	0.30	3.07
Falta de estudios de coste-beneficio	0.26	3.00
Escaso conocimiento entre los profesionales respecto de la efectividad del cribado	0.26	2.85
Falta de implicación de enfermería	0.22	2.78
Ausencia de una sociedad científica única para tratar el tema con las administraciones	0.04	2.41
Cambios e injerencias políticas	-0.04	2.67
Fortalezas excluidas tras la valoración de pertinencia	Pertinencia (promedio)	Relevancia (promedio)
Tiempo desde implantación, extensión geográfica y resultados de los programas	0.48	3.07
Oportunidades excluidas tras la valoración de pertinencia	Pertinencia (promedio)	Relevancia (promedio)
Ejemplo tomado de otros cribados de cáncer	0.48	2.89
Fin de la pandemia COVID	0.26	3.04
Importancia de alto riesgo como modelo de atención sanitaria en nuestro sistema	0.26	2.78

TABLA MATRIZ DAFO RESULTANTE

Sin exclusiones

A continuación, se presenta la matriz DAFO completa sin aplicar ninguna exclusión, ordenada en cada apartado por el promedio de relevancia. El texto de las propuestas excluidas con valores de promedio de pertinencia iguales o inferiores a 0.5 aparecen atenuadas en gris.

Debilidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> • Defectos en las estrategias para mejorar la participación y baja adherencia en el seguimiento. • Dificultades para absorber la demanda con creación de demoras excesivas, agravada por el seguimiento. • Información a la población y difusión de los programas insuficientes. • Descoordinación, variabilidad e inequidades entre CC. AA. • Deficiente coordinación con Atención Primaria. • Limitaciones, deficiencias y dificultades en la estandarización y uniformidad de los programas de cribado, incluyendo la exportación automática de los datos epidemiológicos. • Limpieza intestinal. Explicación, seguimiento y adecuación de preparación por personal no cualificado. • No inclusión en los programas de los pacientes de alto riesgo y dificultades para el acceso al consejo genético y la genética clínica. • Escaso fomento de la prevención primaria del CCR. • Realizar pruebas cuando no está indicado. • Necesidad de personal específico. • Poca transparencia y escasa difusión de los resultados. • Falta de unidades de cribado. • Déficit en el control de los programas y sus procesos. • Estrategia del cribado en manos exclusivas de la Administración sin participación de las SS. CC. • Falsa sensación de "deber cumplido" tras implantar los programas sin incentivar la mejora de los resultados. • Elevado índice de incidencias administrativas y de fallos burocráticos. • Programas de cribado rígidos a la incorporación de la innovación. • Falta de evidencia para nuevos avances y lentitud en su puesta en marcha. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de participación y adherencia de la población • Dificultades para la financiación y de incorporación de recursos humanos. • Deficiente difusión, conocimiento de los programas y educación sanitaria. • Desmotivación, desconocimiento y desinterés de la población. • Cambios epidemiológicos que obligan a modificar el rango de edad de los cribados. • Falta de interés político y falta de interés y compromiso de las diferentes administraciones sanitarias. • Déficits en la formación e información para los profesionales. • Falta de concienciación y compromiso de la Atención Primaria y dificultades para su integración como la saturación y falta de recursos. • Incremento de la demanda asistencial y creación de cuellos de botellas tras la pandemia COVID. • No evidencia de efecto de los programas sobre la supervivencia global. • Desmotivación profesional. • La falta de cultura de la colaboración multidisciplinar • Debilitamiento y fragilidad del Sistema Nacional de Salud y fragilidad de este ante pandemias y otras posibles situaciones como conflictos internacionales. • Dudas sobre la rentabilidad de los programas a nivel nacional teniendo en cuenta la adherencia. • Falta de estudios de coste-beneficio. • Cribado oportunista que puede ser oculto e inducido por nuevas pruebas diagnósticas. • Escaso conocimiento entre los profesionales respecto de la efectividad del cribado. • Falta de implicación de enfermería. • Cambios e injerencias políticas. • Ausencia de una sociedad científica única para tratar el tema con las administraciones.
Fortalezas	Oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> • El cribado de CCR se ha introducido en las carteras de servicio de todas las comunidades. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortaleza del sistema sanitario público.

<ul style="list-style-type: none"> • Estandarización del proceso del cribado. • Financiación específica para el desarrollo de programas de cribado. • Implicación y motivación de los profesionales. • Calidad científico-técnica de los profesionales y equipamientos con especial referencia a los gastroenterólogos. • Resultados de los programas. • Solidez de los programas. • Mejoras en participación y adherencia. • Creación y auge de las unidades de CCR. • Calidad de algunos programas. • Precio y fiabilidad de la prueba de cribado. • Instauración de vías rápidas de cribado. • Implicación de salud pública. • Existe una progresiva mayor participación de enfermería en los programas, destacando el papel de la enfermería de gestión de casos. • Los programas favorecen la cooperación entre niveles y servicios. • En algunos programas se observan mejoras en la sensibilización de la población, la información y la difusión, incluyendo sus resultados. • Desarrollo de investigación vinculada a los programas. • Tiempo desde implantación, extensión geográfica y resultados de los programas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evidencia sobre los programas de cribado: eficacia, efectividad, eficiencia e impacto. • Disponibilidad de mayores recursos para sanidad. • Atención Primaria como base de la prevención y de la concienciación de la población. • El cáncer es un asunto prioritario en la población. • Los programas reducen la mortalidad por el diagnóstico precoz y contribuyen a la mejora de los estilos de vida. • La estandarización es una pieza clave en la gestión eficiente de procesos y su evaluación. • Respaldo desde un entorno sanitario europeo alineado. • Incremento de la eficiencia del sistema. • La enfermería es pieza clave en la atención sanitarias y es deseable una mayor participación en el cribado. • Ampliación del intervalo de edad para el cribado. • Avances en la detección de lesiones planas gracias a nuevas ópticas. • Prevención primaria. • Disponibilidad de nuevas pruebas más eficaces. • Contribución de las SS. CC. y de otras organizaciones. • Modelos aplicables de inteligencia artificial. • Fin de la pandemia COVID. • Ejemplo tomado de otros cribados de cáncer. • Importancia de alto riesgo como modelo de atención sanitaria en nuestro sistema.
---	---

Con exclusiones tras valoración de pertinencia

A continuación, se presenta la matriz DAFO que resulta, tras la eliminación de las propuestas excluidas por presentar un promedio de pertinencia ≤ 0.5 , ordenadas por su promedio de relevancia. Es de destacar que de las debilidades, amenazas, fortalezas u oportunidades que han pasado el corte de pertinencia, ninguna ha presentado un promedio de relevancia inferior a 3 (Tendencia = importancia media). En la tabla se presentan la debilidades, amenazas, fortalezas u oportunidades que corresponda, con textos de diferente color: importancia crucial (promedio >4.20) en rojo; muy importante ($4.20 \geq$ promedio > 3.40) en azul; importancia media ($3.40 \geq$ promedio > 2.60) en verde.

Debilidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> • Defectos en las estrategias para mejorar la participación y baja adherencia en el seguimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de participación y adherencia de la población. • Dificultades para la financiación y de incorporación de recursos humanos.

<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades para absorber la demanda con creación de demoras excesivas, agravada por el seguimiento. • Información a la población y difusión de los programas insuficientes. • Descoordinación, variabilidad e inequidades entre CC. AA. • Deficiente coordinación con Atención Primaria. • Limitaciones, deficiencias y dificultades en la estandarización y uniformidad de los programas de cribado, incluyendo la exportación automática de los datos epidemiológicos. • Limpieza intestinal. Explicación, seguimiento y adecuación de preparación por personal no cualificado. • No inclusión en los programas de los pacientes de alto riesgo y dificultades para el acceso al consejo genético y la genética clínica. • Escaso fomento de la prevención primaria del CCR. • Necesidad de personal específico. • Poca transparencia y escasa difusión de los resultados. • Falta de unidades de cribado. • Déficit en el control de los programas y sus procesos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deficiente difusión, conocimiento de los programas y educación sanitaria. • Desmotivación, desconocimiento y desinterés de la población. • Cambios epidemiológicos que obligan a modificar el rango de edad de los cribados. • Falta de interés político y falta de interés y compromiso de las diferentes administraciones sanitarias. • Déficits en la formación e información para los profesionales. • Falta de concienciación y compromiso de la Atención Primaria y dificultades para su integración como la saturación y falta de recursos. • Incremento de la demanda asistencial y creación de cuellos de botellas tras la pandemia COVID.
<p>Fortalezas</p>	<p>Oportunidades</p>
<ul style="list-style-type: none"> • El cribado de CCR se ha introducido en las carteras de servicio de todas las comunidades. • Estandarización del proceso del cribado. • Financiación específica para el desarrollo de programas de cribado. • Implicación y motivación de los profesionales. • Calidad científico-técnica de los profesionales y equipamientos con especial referencia a los gastroenterólogos. • Resultados de los programas. • Solidez de los programas. • Mejoras en participación y adherencia. • Creación y auge de las unidades de CCR. • Calidad de algunos programas. • Precio y fiabilidad de la prueba de cribado. • Instauración de vías rápidas de cribado. • Implicación de salud pública. • Existe una progresiva mayor participación de enfermería en los programas, destacando el papel de la enfermería de gestión de casos. • Los programas favorecen la cooperación entre niveles y servicios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortaleza del sistema sanitario público. • Evidencia sobre los programas de cribado: eficacia, efectividad, eficiencia e impacto. • Disponibilidad de mayores recursos para sanidad. • Atención Primaria como base de la prevención y de la concienciación de la población. • El cáncer es un asunto prioritario en la población. • Los programas reducen la mortalidad por el diagnóstico precoz y contribuyen a la mejora de los estilos de vida. • La estandarización es una pieza clave en la gestión eficiente de procesos y su evaluación. • Respaldo desde un entorno sanitario europeo alineado. • Incremento de la eficiencia del sistema. • La enfermería es pieza clave en la atención sanitarias y es deseable una mayor participación en el cribado. • Ampliación del intervalo de edad para el cribado. • Avances en la detección de lesiones planas gracias a nuevas ópticas. • Prevención primaria. • Disponibilidad de nuevas pruebas más eficaces.

<ul style="list-style-type: none"> • En algunos programas se observan mejoras en la sensibilización de la población, la información y la difusión, incluyendo sus resultados. • Desarrollo de investigación vinculada a los programas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contribución de las SS. CC. y de otras organizaciones. • Modelos aplicables de inteligencia artificial.
--	--

Solo propuestas de importancia crucial o muy importantes.

En la siguiente tabla se presenta la matriz que contiene solo propuestas cuyo promedio de relevancia corresponde a los niveles de importancia crucial o muy importante, con los mismos criterios de clasificación y colores de los textos señalados antes.

Debilidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> • Defectos en las estrategias para mejorar la participación y baja adherencia en el seguimiento. • Dificultades para absorber la demanda con creación de demoras excesivas, agravada por el seguimiento. • Información a la población y difusión de los programas insuficientes. • Descoordinación, variabilidad e inequidades entre CC. AA. • Deficiente coordinación con Atención Primaria. • Limitaciones, deficiencias y dificultades en la estandarización y uniformidad de los programas de cribado, incluyendo la exportación automática de los datos epidemiológicos. • Limpieza intestinal. Explicación, seguimiento y adecuación de preparación por personal no cualificado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de participación y adherencia de la población. • Dificultades para la financiación y de incorporación de recursos humanos. • Deficiente difusión, conocimiento de los programas y educación sanitaria. • Desmotivación, desconocimiento y desinterés de la población. • Cambios epidemiológicos que obligan a modificar el rango de edad de los cribados. • Falta de interés político y falta de interés y compromiso de las diferentes administraciones sanitarias. • Déficits en la formación e información para los profesionales. • Falta de concienciación y compromiso de la Atención Primaria y dificultadas para su integración como la saturación y falta de recursos. • Incremento de la demanda asistencial y creación de cuellos de botellas tras la pandemia COVID.
Fortalezas	Oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> • El cribado de CCR se ha introducido en las carteras de servicio de todas las comunidades. • Estandarización del proceso del cribado. • Financiación específica para el desarrollo de programas de cribado. • Implicación y motivación de los profesionales. • Calidad científico-técnica de los profesionales y equipamientos con especial referencia a los gastroenterólogos. • Resultados de los programas. • Solidez de los programas. • Mejoras en participación y adherencia. • Creación y auge de las unidades de CCR. • Calidad de algunos programas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortaleza del sistema sanitario público. • Evidencia sobre los programas de cribado: eficacia, efectividad, eficiencia e impacto. • Disponibilidad de mayores recursos para sanidad. • Atención Primaria como base de la prevención y de la concienciación de la población. • El cáncer es un asunto prioritario en la población. • Los programas reducen la mortalidad por el diagnóstico precoz y contribuyen a la mejora de los estilos de vida. • La estandarización es una pieza clave en la gestión eficiente de procesos y su evaluación. • Respaldo desde un entorno sanitario europeo alineado.

<ul style="list-style-type: none">• Precio y fiabilidad de la prueba de cribado.• Instauración de vías rápidas de cribado.• Implicación de salud pública.• Existe una progresiva mayor participación de enfermería en los programas, destacando el papel de la enfermería de gestión de casos.• Los programas favorecen la cooperación entre niveles y servicios.• En algunos programas se observan mejoras en la sensibilización de la población, la información y la difusión, incluyendo sus resultados.	<ul style="list-style-type: none">• Incremento de la eficiencia del sistema.• La enfermería es pieza clave en la atención sanitarias y es deseable una mayor participación en el cribado.• Ampliación del intervalo de edad para el cribado.• Avances en la detección de lesiones planas gracias a nuevas ópticas.• Prevención primaria.
--	--

LIMITACIONES DE ESTA VALORACIÓN

La valoración de pertinencia y relevancia de las diferentes debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades es un paso necesario, pero no suficiente, para la construcción de la matriz DAFO definitiva del proyecto. Mediante esta valoración se han podido seleccionar una serie de propuestas que pueden considerarse pertinentes y además de importancia media o superior. No obstante, la redacción de las propuestas y la construcción de la matriz deben ser reevaluadas, en función de los habituales criterios que se utilizan a la hora de definir las estrategias que se deriven de esta matriz DAFO.

Por otra parte, puede considerarse que algunas de las propuestas excluidas como dudosamente pertinentes pueden ser moderadamente importantes, pero se ha optado por considerar como pertinentes solo aquellas que han sido aprobadas como tales por una mayoría simple de investigadores. La exclusión se ha realizado de cara a simplificar la matriz DAFO, centrándose en los aspectos más relevantes y no dudosamente pertinentes, pero ello no implica que las propuestas excluidas no puedan ser consideradas en la discusión de los problemas y soluciones que se vayan describiendo y proponiendo dentro del proyecto.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se han evaluado en cuanto a su pertinencia y relevancia un total de 76 propuestas (19 debilidades, 20 amenazas, 18 fortalezas y 19 oportunidades). Se han excluido como dudosamente pertinentes un total de 21 propuestas (6 debilidades, 11 amenazas, 1 fortaleza y 3 oportunidades) que representa un 27.63 % del total. Las 55 propuestas no excluidas (13 debilidades, 9 amenazas, 17 fortalezas y 16 oportunidades) se han incorporado a la matriz DAFO del proyecto.

Los promedios de valoración de pertinencia han oscilado entre -0.04 y 1.

Entre las 21 propuestas excluidas tras la valoración de pertinencia, las valoraciones de relevancia han oscilado entre 2.41 (poco importante) y 3.30 (importancia media). 20 de las

21 propuestas se etiquetaron como de importancia media, y solo una como de poca importancia.

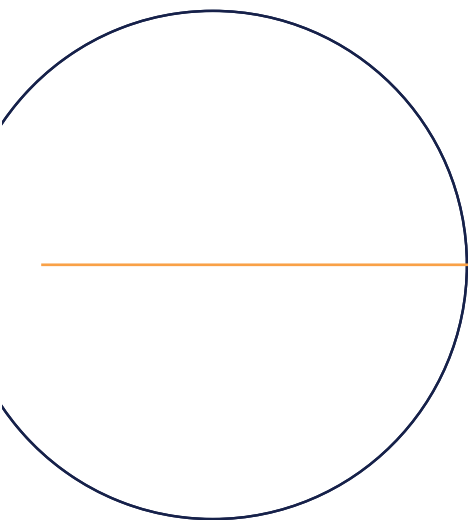
Los promedios de valoración de la relevancia han oscilado entre 2.41 (poco importante) y 4.44 (importancia crucial). Ninguna propuesta ha sido etiquetada por su promedio como casi irrelevante. Solo una propuesta ha sido etiquetada como poco importante (promedio = 2.41), en este caso una amenaza (Cambios e injerencias políticas), excluida por su promedio de pertinencia (-0.04). 30 propuestas, un 39.47 % del total (12 debilidades, 10 amenazas, 2 fortalezas y 6 oportunidades) han sido valoradas por su promedio como de importancia media. 38 propuestas han sido valoradas como muy importantes, lo que supone un 50.00 % del total (6 debilidades, 7 amenazas, 13 fortalezas y 12 oportunidades). Finalmente, 7 propuestas han sido valoradas como de importancia crucial, lo que es un 9,21 % del total (1 debilidades, 2 amenazas, 3 fortalezas y una oportunidad).

En consecuencia, de la selección realizada tras las exclusiones, la matriz DAFO resultante contiene, como se ha señalado antes un total de 55 propuestas (13 debilidades, 9 amenazas, 17 fortalezas y 16 oportunidades). Los promedios de relevancia incluidas en esta matriz oscilan entre 3.15 (importancia media) y 4.33 (importancia crucial) para las debilidades, entre 3.48 (muy importante) y 4.44 (importancia crucial) para las amenazas, entre 3.37 (importancia media) y 4.41 (importancia crucial) para las fortalezas y entre 3.07 (importancia media) y 4.22 (importancia crucial) para las oportunidades.

Finalmente, si se opta por tener en cuenta solo las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades etiquetadas por su promedio de relevancia como de importancia crucial o muy importantes, la matriz DAFO así obtenida estaría compuesta por 45 propuestas (7 debilidades, 9 amenazas, 16 fortalezas y 13 oportunidades).

PROPUESTA DE CONTINUIDAD DEL PROYECTO

La siguiente fase del proyecto debe ser la definición de propuestas estratégicas. Para ello se tendrán en cuenta, además de, por supuesto, la matriz DAFO presentada en este informe, las propuestas previamente aportadas por los investigadores en la etapa de propuesta libre de debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades y un análisis que realizará el grupo coordinador del proyecto en el que se intentará redefinir los diferentes componentes de la matriz DAFO a un modelo de estrategias ofensivas, defensivas, de adaptación y de supervivencia.



MATERIAL SUPLEMENTARIO

PROPUESTA DE MATRIZ DAFO ESENCIAL

Material suplementario 07

CONSTRUCCIÓN DE LA MATRIZ DAFO ESENCIAL

CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO

- Antecedentes.
- Metodología seguida en esta fase.
- Análisis de las propuestas de debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades tras de la valoración de pertinencia y relevancia.
 - a. Debilidades.
 - b. Amenazas.
 - c. Fortalezas.
 - d. Oportunidades.
- Matriz DAFO esencial.
- Limitaciones de esta aproximación.
- Resumen y conclusiones.
- Propuesta de continuidad del proyecto.

ANTECEDENTES

En un anterior informe ([material suplementario 06](#)) se detalla el resultado de la valoración sobre relevancia y pertinencia, realizada por los investigadores, de las diferentes propuestas de debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades (DAFO) previamente construidas.

De acuerdo con estas valoraciones y teniendo en cuenta los comentarios realizados por los investigadores, se ha procedido a una nueva revisión de las diferentes propuestas con el fin de optimizar su clasificación, redacción y en su caso eliminación o fusión, con el objetivo de construir la que podría ser matriz DAFO esencial definitiva del proyecto.

METODOLOGÍA SEGUIDA EN ESTA FASE

Se ha partido de la matriz DAFO completa con sus correspondientes valoraciones de pertinencia y relevancia. Se han revisado todas las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades teniendo en cuenta las citadas valoraciones, más los comentarios realizados por los investigadores.

El objeto de este análisis ha sido valorar como debe conformarse la matriz DAFO del proyecto, entendiendo como tal la que incorpore las propuestas esenciales (Matriz DAFO esencial). Para ello se clasificaron cada una de las propuestas en alguno de los siguientes niveles:

Clasificación	Explicación
Nivel 1	Propuesta con promedio de relevancia superior a 3.40 (muy importante o de importancia crucial) que debe ser incluida en la matriz DAFO esencial tal como está formulada.
Nivel 1a	Propuesta con promedio de relevancia superior a 3.40 (muy importante o de importancia crucial) que debe ser incluida en la matriz DAFO esencial, pero con cambios o aclaraciones.
Nivel 1b	Propuesta con promedio de relevancia superior a 3.40 (muy importante o de importancia crucial) que debe ser incluida en la matriz DAFO esencial, pero fusionándose con alguna, o algunas, de las otras propuestas.
Nivel 1c	Propuesta con promedio de relevancia superior a 3.40 (muy importante o de importancia crucial) que por su formulación o contenido no debe ser incluida en la matriz DAFO esencial, pero si justificar su exclusión en el texto del análisis DAFO.
Nivel 2	Propuesta con promedio de relevancia superior a 3.40 (muy importante o de importancia crucial) que no debe estar en la matriz DAFO esencial, aunque si ser comentada en el análisis DAFO.
Nivel 3	Propuesta con promedio de relevancia entre 2.61 y 3.40 (importancia media) que debe considerarse no incluir en la matriz DAFO esencial, pero si ser tratada en el texto del análisis DAFO.
Nivel 4	Propuesta excluida tras valoración de pertinencia (promedio igual o inferior a 0.5), que puede comentarse en el texto del análisis DAFO, pero no debe ser incluida en la matriz DAFO esencial.

Una vez así clasificadas cada una de las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades se construyó la matriz DAFO esencial (MDE) que se presenta en este documento.

ANÁLISIS DE LAS PROPUESTAS DE DEBILIDADES, AMENAZAS, FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES TRAS DE LA VALORACIÓN DE PERTINENCIA Y RELEVANCIA

Debilidades

En la siguiente tabla se presenta la clasificación realizada de la lista completa de debilidades, ordenadas por nivel de clasificación [Nivel], de acuerdo con lo señalado en metodología, seguido por el promedio de relevancia [R(P)] y el promedio de pertinencia [P(P)]. El número de orden (Núm.) representa simplemente el que se asignó en el listado de envío para la valoración.

Núm.	Debilidad	R (P)	P (P)	Nivel
5	Defectos en las estrategias para mejorar la participación y baja adherencia en el seguimiento.	4.33	0.96	1
1	Dificultades para absorber la demanda con creación de demoras excesivas. agravada por el seguimiento.	4.19	0.96	1
4	Información a la población y difusión de los programas insuficientes.	4.04	0.89	1
3	Descoordinación. variabilidad e inequidades entre CC. AA.	3.93	0.85	1
2	Limitaciones. deficiencias y dificultades en la estandarización y uniformidad de los programas de cribado. incluyendo la exportación automática de los datos epidemiológicos.	3.67	0.78	1
11	Deficiente coordinación con Atención Primaria.	3.74	0.63	2
19	Limpieza intestinal. Explicación. seguimiento y adecuación de preparación por personal no cualificado.	3.44	0.56	2
10	No inclusión en los programas de los pacientes de alto riesgo y dificultades para el acceso al consejo genético y la genética clínica.	3.30	0.63	3
8	Escaso fomento de la prevención primaria del CCR.	3.30	0.59	3
14	Necesidad de personal específico.	3.26	0.59	3
7	Poca transparencia y escasa difusión de los resultados.	3.26	0.52	3
13	Falta de unidades de cribado.	3.22	0.56	3
6	Déficit en el control de los programas y sus procesos.	3.15	0.63	3
16	Realizar pruebas cuando no está indicado.	3.30	0.37	4
12	Estrategia del cribado en manos exclusivas de la Administración sin participación de las SS. CC.	2.96	0.22	4
18	Falsa sensación de "deber cumplido" tras implantar los programas sin incentivar la mejora de los resultados.	2.93	0.44	4
9	Elevado índice de incidencias administrativas y de fallos burocráticos.	2.85	0.26	4
15	Programas de cribado rígidos a la incorporación de la innovación.	2.78	0.30	4
17	Falta de evidencia para nuevos avances y lentitud en su puesta en marcha.	2.70	0.22	4

Núm.: Número de orden de la propuesta en origen; R (P): Promedio de relevancia; P (P): Promedio de pertinencia.

De acuerdo con esta clasificación se ha considerado que las debilidades de nivel 1 deben pasar a formar parte de la MDE sin modificaciones, sin perjuicio de que puedan mejorarse la redacción de estas en fases posteriores del proyecto. Estas debilidades son:

- Defectos en las estrategias para mejorar la participación y baja adherencia en el seguimiento.
- Dificultades para absorber la demanda con creación de demoras excesivas. agravada por el seguimiento.
- Información a la población y difusión de los programas insuficientes.
- Descoordinación. variabilidad e inequidades entre CC. AA.
- Limitaciones. deficiencias y dificultades en la estandarización y uniformidad de los programas de cribado. incluyendo la exportación automática de los datos epidemiológicos.

Ninguna de las dos debilidades de nivel 2, de acuerdo con la metodología descrita, se ha considerado que deban formar parte de la MDE, pero sí discutidas en el texto del análisis DAFO:

- En origen, la propuesta como debilidad una deficiente coordinación con Atención Primaria (AP) fue aportada por un solo investigador. Aunque ha sido señalada por el conjunto de los investigadores como una cuestión relevante (muy importante) y de una moderada pertinencia (promedio = 0.63), también ha sido destacado en los comentarios de los propios investigadores como un aspecto que no debería estar en el núcleo de lo más fundamental, así como que esta deficiente coordinación no está generalizada en todos los programas. Por otra parte, como se verá más adelante, la participación de la AP en los programas de cribado requiere un análisis detallado que incluya aspectos relacionados con su situación actual de saturación y necesidad de reorientación, por lo que resulta conveniente abordar este tema dentro del análisis DAFO, pero sin asignar la deficiente coordinación con AP como una debilidad fundamental y generalizada de los programas.
- La necesidad de una adecuada limpieza intestinal previa a las colonoscopias de cribado es indiscutible y sin duda requiere una atención especial en el análisis, pero al ser un aspecto muy concreto dentro del proceso diagnóstico, tampoco se ha considerado que debe incluirse en la MDE.

Respecto de las propuestas de nivel 3, clasificadas como de importancia media, aunque pertinentes, pero no incluíbles en la MBE, se han considerado los siguientes aspectos:

- No inclusión en los programas de los pacientes de alto riesgo y dificultades para el acceso al consejo genético y la genética clínica.
 - En la opinión de los investigadores no hay unanimidad en cuanto a si los programas de cribado del CCR deben incluir, en sí, la identificación adicional en la población general de los pacientes de alto riesgo. En cualquier caso, debe garantizarse la identificación y canalización entre los que son sometidos a la prueba de SOH con resultado positivo. De igual forma debe estimularse, en general, las consultas de alto riesgo y la realización de campañas o estrategias paralelas a los programas en todo lo que tiene que ver con este tema.
- Escaso fomento de la prevención primaria del CCR.
 - En una línea semejante no hay duda de que la prevención primaria debe impulsarse, pero tampoco hay unanimidad respecto de que sea una misión inherente a los propios programas.
- Necesidad de personal específico.
 - Es cierto, pero al igual que el resto de las propuestas clasificadas como de importancia media, parece que sea una de las debilidades esenciales de los programas, por lo que puede y debe ser tratada en la discusión, pero no elevada a la MBE.

- Poca transparencia y escasa difusión de los resultados.
 - Es un aspecto que puede tratarse como incluido en las debilidades números 2 (Limitaciones, deficiencias y dificultades en la estandarización y uniformidad de los programas de cribado, incluyendo la exportación automática de los datos epidemiológicos) y 4 (Información a la población y difusión de los programas insuficientes) que sí están incluidas en la MDE.
- Falta de unidades de cribado.
 - Se considera que debe tratarse este tema al abordar la debilidad 1 (Dificultades para absorber la demanda con creación de demoras excesivas, agravada por el seguimiento), abordando la necesidad de circuitos específicos para el cribado.
- Déficit en el control de los programas y sus procesos.
 - Es un aspecto concreto que puede considerarse también incluido en la debilidad 2 (Limitaciones, deficiencias y dificultades en la estandarización y uniformidad de los programas de cribado, incluyendo la exportación automática de los datos epidemiológicos).

En el análisis realizado, ninguna de las propuestas etiquetadas como de baja pertinencia (valores de promedio iguales o inferiores a 0.5) se ha considerado que debería replantearse para su inclusión en la MDE, sin perjuicio de que se señale o comente en los textos de discusión.

Amenazas

En la siguiente tabla se presenta la clasificación realizada de la lista completa de amenazas, ordenadas por nivel de clasificación [Nivel], de acuerdo con lo señalado en metodología, seguido por el promedio de relevancia [R(P)] y el promedio de pertinencia [P(P)].

Núm.	Amenaza	R (P)	P (P)	Nivel
1	Dificultades para la financiación y de incorporación de recursos humanos.	4.37	0.96	1
2	Falta de participación y adherencia de la población.	4.44	1.00	1
5	Deficiente difusión, conocimiento de los programas y educación sanitaria.	3.85	0.89	1b
6	Desmotivación, desconocimiento y desinterés de la población.	3.85	0.74	1b
3	Cambios epidemiológicos que obligan a modificar el rango de edad de los cribados.	3.59	0.85	2
4	Falta de concienciación y compromiso de la Atención Primaria y dificultadas para su integración como la saturación y falta de recursos.	3.48	0.59	2
7	Déficits en la formación e información para los profesionales.	3.56	0.74	2
8	Falta de interés político y falta de interés y compromiso de las diferentes administraciones sanitarias.	3.59	0.52	2
9	Cribado oportunista que puede ser oculto e inducido por nuevas pruebas diagnósticas.	2.89	0.44	4
10	Debilitamiento y fragilidad del Sistema Nacional de Salud y fragilidad de este ante pandemias y otras posibles situaciones como conflictos internacionales.	3.04	0.33	4

11	Dudas sobre la rentabilidad de los programas a nivel nacional teniendo en cuenta la adherencia.	3.04	0.33	4
12	Cambios e injerencias políticas.	2.67	0.04	4
13	Incremento de la demanda asistencial y creación de cuellos de botellas tras la pandemia COVID.	3.48	0.52	2
14	Desmotivación profesional.	3.11	0.33	4
15	Escaso conocimiento entre los profesionales respecto de la efectividad del cribado.	2.85	0.26	4
16	Falta de implicación de enfermería.	2.78	0.22	4
17	La falta de cultura de la colaboración multidisciplinar.	3.07	0.30	4
18	Ausencia de una sociedad científica única para tratar el tema con las administraciones.	2.41	0.04	4
19	Falta de estudios de coste-beneficio.	3.00	0.26	4
20	No evidencia de efecto de los programas sobre la supervivencia global.	3.22	0.44	4
Núm.: Número de orden de la propuesta en origen; R (P): Promedio de relevancia; P (P): Promedio de pertinencia.				

Al igual que en el caso de las debilidades, se ha considerado que las amenazas de nivel 1 deben pasar a formar parte de la MDE sin modificaciones, sin perjuicio de que puedan mejorarse la redacción de estas en fases posteriores del proyecto. Estas amenazas son:

- Dificultades para la financiación y de incorporación de recursos humanos.
- Falta de participación y adherencia de la población.

Se ha considerado que hay dos amenazas (cuyo número de orden en origen es 5 y 6) que pueden tratarse de manera fusionada (nivel 1b). Estas son:

- Deficiente difusión, conocimiento de los programas y educación sanitaria
- Desmotivación, desconocimiento y desinterés de la población.

Se propone la siguiente redacción para la amenaza resultante de la fusión, que se integra en la MDE:

- Desmotivación, desconocimiento, desinterés y escasa educación sanitaria de la población.

Se han considerado como de nivel 2 (propuestas que no debe estar en la matriz DAFO esencial, aunque si ser comentada en el análisis DAFO) las siguientes:

- Cambios epidemiológicos que obligan a modificar el rango de edad de los cribados.
 - En realidad, como indica alguno de los investigadores los cambios epidemiológicos no son una amenaza en sí, y en cualquier caso la necesidad percibida por el grupo investigador, que es la de ampliación del intervalo de edad, tanto por su parte inferior como por la superior, tampoco debería ser considerada una amenaza, sino más bien, como se describirá en su

momento, una oportunidad para los programas para adecuarse mejor a sus fines.

- Falta de interés político y falta de interés y compromiso de las diferentes administraciones sanitarias.
 - De los comentarios de los investigadores se deduce que esta falta de interés y de compromiso no es generalizada.
- Déficits en la formación e información para los profesionales.
 - Aunque es cierto que en siempre es deseable que se atiendan de manera óptima las necesidades de formación de los profesionales, así como a la mejor difusión de los objetivos y resultados de los programas, no cabe señalar la falta de formación específica de los profesionales, o su nivel de información, como una cuestión esencial, sino, más bien, recomendar que los programas se ocupen de desarrollar esa formación específica de manera adecuada, y mejorar la ya señalada debilidad de falta de difusión también el ámbito profesional.
- Falta de concienciación y compromiso de la Atención Primaria y dificultadas para su integración como la saturación y falta de recursos.
 - La segunda parte de esta descripción de amenaza es cierta, en el sentido, ya comentado, de las dificultades por las que atraviesa en la actualidad la AP. Parece más objetivo hablar, como también se ha comentado antes, sobre las posibilidades de mejora en la participación de la AP, dentro de una redefinición de su papel en los programas.
- Incremento de la demanda asistencial y creación de cuellos de botellas tras la pandemia COVID.
 - Esta es una amenaza que fue, pero que temporalmente está dejando de serlo.

Al igual que en el caso de las debilidades, ninguna de las amenazas etiquetadas como de baja pertinencia (valores de promedio iguales o inferiores a 0.5) se ha considerado que debería replantearse para su inclusión en la MDE, sin perjuicio de que se señale o comente en los textos de discusión.

Fortalezas

En la siguiente tabla se presenta la clasificación realizada de la lista completa de fortalezas, ordenadas por nivel de clasificación [Nivel], de acuerdo con lo señalado en metodología, seguido por el promedio de relevancia [R(P)] y el promedio de pertinencia [P(P)].

Núm.	Fortaleza	R (P)	P (P)	Nivel
15	El cribado de CCR se ha introducido en las carteras de servicio de todas las comunidades.	4.41	1.00	1
5	Implicación y motivación de los profesionales.	4.11	0.81	1

13	Implicación de salud pública.	3.70	0.70	1
2	Calidad científico-técnica de los profesionales y equipamientos con especial referencia a los gastroenterólogos.	4.00	0.93	1a
3	Estandarización del proceso del cribado.	4.41	0.89	1b
16	Financiación específica para el desarrollo de programas de cribado.	4.26	0.81	1b
9	Resultados de los programas.	3.93	0.85	1b
4	Solidez de los programas.	3.81	0.81	1b
11	Calidad de algunos programas.	3.70	0.81	1b
6	Existe una progresiva mayor participación de enfermería en los programas, destacando el papel de la enfermería de gestión de casos.	3.67	0.85	1b
1	En algunos programas se observan mejoras en la sensibilización de la población, la información y la difusión, incluyendo sus resultados.	3.48	0.74	1b
8	Mejoras en participación y adherencia.	3.81	0.67	2
17	Creación y auge de las unidades de CCR.	3.78	0.89	2
12	Precio y fiabilidad de la prueba de cribado.	3.70	0.78	2
18	Instauración de vías rápidas de cribado.	3.70	0.74	2
10	Los programas favorecen la cooperación entre niveles y servicios.	3.56	0.56	2
14	Desarrollo de investigación vinculada a los programas.	3.37	0.56	3
7	Tiempo desde implantación, extensión geográfica y resultados de los programas.	3.07	0.48	4
Núm.: Número de orden de la propuesta en origen; R (P): Promedio de relevancia; P (P): Promedio de pertinencia.				

Las fortalezas de nivel 1 que pasar a formar parte de la MDE sin modificaciones, sin perjuicio de que puedan mejorarse la redacción de estas en fases posteriores del proyecto, son:

- El cribado de CCR se ha introducido en las carteras de servicio de todas las comunidades.
- Implicación y motivación de los profesionales.
- Implicación de salud pública.

Se ha considerado que debería eliminarse, de acuerdo con algunos de los comentarios de los investigadores, la mención específica a los gastroenterólogos en la fortaleza número 2 que se clasificó como nivel 1a. La redacción queda de la siguiente forma:

- Calidad científico-técnica de los profesionales y equipamientos.

Se han clasificado una serie de fortalezas como de nivel 1b, es decir, susceptibles de ser fusionadas:

- Estandarización del proceso del cribado.
- Financiación específica para el desarrollo de programas de cribado.

- Resultados de los programas.
- Solidez de los programas.
- Calidad de algunos programas.
- Existe una progresiva mayor participación de enfermería en los programas, destacando el papel de la enfermería de gestión de casos.
- En algunos programas se observan mejoras en la sensibilización de la población, la información y la difusión, incluyendo sus resultados.

La razón es que, en general, estas fortalezas indican que los programas parten de un buen diseño y estandarización, especialmente en los indicadores, a pesar de que exista variabilidad en cuanto a los desarrollos entre programas. Lo mismo cabe decir sobre las mejoras que se observan en aspectos como la participación de la enfermería o la difusión. Por eso se propone, también teniendo en cuenta los comentarios de los investigadores, que no es conveniente referirse solo a algunos programas al hablar de fortalezas, sino intentar agrupar todas ellas en una redacción que pueda aplicarse al conjunto. En concreto, la propuesta de fusión es:

- Diseño, solidez, calidad, mejoras y resultados de los programas.

Las propuestas clasificadas como nivel 2 (propuestas que no debe estar en la matriz DAFO esencial, aunque si ser comentada en el análisis DAFO) son las siguientes:

- Mejoras en participación y adherencia.
 - Difícilmente puede sostener que deba describirse este aspecto simultáneamente como debilidad y como fortaleza.
- Creación y auge de las unidades de CCR.
 - Como ya se indicó en el apartado de las debilidades, cabe considerar como relevante la disponibilidad de circuitos específicos para el cribado, pero no quedaría claro, manteniendo esta fortaleza en la MDE, a que tipo de dispositivo se refiere el término “Unidad de Cribado” que podría ir desde solo la confirmación diagnóstica endoscópica a unidades multidisciplinares encargadas de todo el proceso.
- Precio y fiabilidad de la prueba de cribado.
 - Esto es una realidad, pero no tanto como para que pueda ser considerada una fortaleza esencial de los programas.
- Instauración de vías rápidas de cribado.
 - Es punto ha sido discutido por algunos investigadores, sugiriendo que lo importante es que el proceso de cribado sea gestionando de manera adecuada en cuanto a demanda y demora, pero no exactamente creando una vía rápida.
- Los programas favorecen la cooperación entre niveles y servicios.

- Aunque este aspecto tenga su base, no parece que deba incluirse per se en la MDE.

Solo hay una fortaleza que se haya clasificado como de nivel 3 (propuestas clasificadas como de importancia media, aunque pertinentes, pero no incluibles en la MBE). Se trata del desarrollo de investigación vinculada a los programas. Sin duda es un aspecto relevante, pero, también como indica algún investigador, este aspecto no cabe considerarse como generalizado, inherente a los programas y de alta calidad, como para poder considerarlo como fortaleza esencial.

Solo una de las fortalezas fue etiquetada como de baja pertinencia (valores de promedio iguales o inferiores a 0.5). Se trata de la descrita como “Tiempo desde implantación, extensión geográfica y resultados de los programas” y no se ha considerado que debería replantearse para su inclusión en la MDE. De hecho, los comentarios de los investigadores apuntan más bien a que su redacción es poco clara. Aunque se refiere a que los programas pueden considerarse como de amplia experiencia por el tiempo desde el que se vienen desarrollando, los resultados obtenidos y el que se hayan extendido por todo el territorio de España, esta fortaleza no parece, tal como se ha clasificado, que sea pertinente, y en cualquier caso quedaría englobada con la anteriormente descrita como resultado de la fusión de otras varias “Diseño, solidez, calidad, mejoras y resultados de los programas”.

Oportunidades

Al igual que en los apartados anteriores, en la siguiente tabla se presenta la clasificación realizada de la lista completa de oportunidades, ordenadas por nivel de clasificación [Nivel], de acuerdo con lo señalado en metodología, seguido por el promedio de relevancia [R(P)] y el promedio de pertinencia [P(P)].

Núm.	Oportunidad	R (P)	P (P)	Nivel
7	Ampliación del intervalo de edad para el cribado.	3.63	0.70	1
10	Fortaleza del sistema sanitario público.	4.22	0.89	1a
12	Atención Primaria como base de la prevención y de la concienciación de la población.	3.93	0.85	1a
8	La enfermería es pieza clave en la atención sanitarias y es deseable una mayor participación en el cribado.	3.70	0.96	1a
1	Evidencia sobre los programas de cribado: eficacia, efectividad, eficiencia e impacto.	4.19	0.96	1b
13	El cáncer es un asunto prioritario en la población.	3.89	0.81	1b
14	Los programas reducen la mortalidad por el diagnóstico precoz y contribuyen a la mejora de los estilos de vida.	3.89	0.81	1b
16	Prevención primaria.	3.56	0.85	1b
9	Disponibilidad de mayores recursos para sanidad.	4.11	0.81	1c
2	La estandarización es una pieza clave en la gestión eficiente de procesos y su evaluación.	3.85	0.81	1c

6	Incremento de la eficiencia del sistema.	3.74	0.81	1c
11	Respaldo desde un entorno sanitario europeo alineado.	3.74	0.89	2
18	Avances en la detección de lesiones planas gracias a nuevas ópticas.	3.63	0.70	2
3	Disponibilidad de nuevas pruebas más eficaces.	3.33	0.52	3
4	Contribución de las SS. CC. y de otras organizaciones.	3.30	0.67	3
5	Modelos aplicables de inteligencia artificial.	3.07	0.56	3
19	Fin de la pandemia COVID.	3.04	0.26	4
15	Ejemplo tomado de otros cribados de cáncer.	2.89	0.48	4
17	Importancia de alto riesgo como modelo de atención sanitaria en nuestro sistema.	2.78	0.26	4
Núm.: Número de orden de la propuesta en origen; R (P): Promedio de relevancia; P (P): Promedio de pertinencia.				

Solo una de las oportunidades ha sido clasificada como de nivel 1, y por tanto pasa a formar parte de la MDE sin modificaciones. Se trata de la siguiente:

- Ampliación del intervalo de edad para el cribado.

Esta oportunidad fue ya comentada con anterioridad al descartarla dentro de las amenazas.

Se ha considerado que tres oportunidades deberían ser incluidas en la MDE, pero con modificaciones. Estas son:

- Fortaleza del sistema sanitario público.
- Atención Primaria como base de la prevención y de la concienciación de la población.
- La enfermería es pieza clave en la atención sanitarias y es deseable una mayor participación en el cribado.

Las nuevas redacciones propuestas, con su correspondiente explicación, en general basadas en los comentarios de los investigadores, son:

- Existencia de un modelo sanitario público como base de nuestro Sistema Nacional de Salud.
 - Se ha considerado que la oportunidad para el mejor desarrollo de los programas es la existencia del modelo, no tanto el juicio sobre las circunstancias actuales de ese modelo.
- Redefinir el papel de la Atención Primaria dentro de los programas como base de la prevención y de la concienciación de la población.
 - En la línea de los comentado antes, se considera que el papel de la AP debe ser clave y es una oportunidad, pero siempre teniendo en cuenta su redefinición.

- Aprovechar el potencial de la enfermería en aspectos relevantes para el cribado como la información, la gestión de casos o la adherencia.
 - Algo semejante cabe señalar respecto de la enfermería, en este caso destacando su papel en la información, la gestión de casos o la adherencia.

Cuatro de las oportunidades se han considerado agrupables (nivel 1b) bajo la siguiente redacción:

- El cáncer es un asunto prioritario en la población y por ello es una oportunidad difundir el impacto positivo de los programas, así como potenciar la prevención primaria.

La redacción original de estas oportunidades era:

- Evidencia sobre los programas de cribado: eficacia, efectividad, eficiencia e impacto.
- El cáncer es un asunto prioritario en la población.
- Los programas reducen la mortalidad por el diagnóstico precoz y contribuyen a la mejora de los estilos de vida.
- Prevención primaria.

Nuevamente según los comentarios de los investigadores, se considera que la oportunidad es aprovechar el que el cáncer es un asunto que, lógicamente, preocupa por su impacto en la población general, incrementando el esfuerzo para difundir los programas y sus resultados y de forma paralela, promocionar junto con el cribado la prevención primaria.

Tres oportunidades han sido clasificadas como 1c (propuesta con promedio de relevancia superior a 3.40 [muy importante o de importancia crucial] que por su formulación o contenido no debe ser incluida en la matriz DAFO esencial, pero si justificar su exclusión en el texto del análisis DAFO). Estas son:

- Disponibilidad de mayores recursos para sanidad.
 - Tal disponibilidad, por desgracia, no está asegurada y por tanto es más un deseo o necesidad, que una oportunidad.
- La estandarización es una pieza clave en la gestión eficiente de procesos y su evaluación.
 - Aunque cabe decir que es una afirmación que tiene sentido, otra cosa es que en sentido estricto pueda considerarse una oportunidad.
- Incremento de la eficiencia del sistema.
 - Al igual que con la disponibilidad de mayores recursos, es más un objetivo que una realidad consolidada.

Las oportunidades clasificadas como nivel 2 (propuestas que no debe estar en la matriz DAFO esencial, aunque si ser comentada en el análisis DAFO) son las dos siguientes:

- Respaldo desde un entorno sanitario europeo alineado.
 - Si bien es cierto que en la UE existen programas de cribado, y que es factible acceder a ayudas de investigación y desarrollo, estas dos circunstancias favorecedoras no parecen ser esenciales.
- Avances en la detección de lesiones planas gracias a nuevas ópticas.
 - Este un aspecto muy específico que merece comentarse, pero no incluirse en la MDE.

Las tres oportunidades clasificadas como de nivel 3 (propuestas clasificadas como de importancia media, aunque pertinentes, pero no incluíbles en la MBE):

- Disponibilidad de nuevas pruebas más eficaces.
 - Por el momento la aplicación de este tipo de pruebas a los cribados poblacionales requiere de desarrollos de investigación de cara a que sea demostrada su eficacia, efectividad y eficiencia en comparación con la SOH.
- Contribución de las SS. CC. y de otras organizaciones.
 - Si bien es un tema de indudable importancia, que debe ser puesto en valor en la discusión del análisis DAFO, los investigadores no lo han señalado como muy importante o de importancia crucial.
- Modelos aplicables de inteligencia artificial.
 - La oportunidad no parece por el momento suficientemente desarrollada como para ser incorporada como oportunidad esencial en la actualidad.

Respecto de las oportunidades de nivel 4, se mantiene excluidas de la MBE por su valoración de baja pertinencia. Estas son:

- Fin de la pandemia COVID.
- Ejemplo tomado de otros cribados de cáncer.
- Importancia de alto riesgo como modelo de atención sanitaria en nuestro sistema.

MATRIZ DAFO ESENCIAL

En consecuencia, tras el análisis realizado, se propone la siguiente MDE (Matriz DAFO Esencial), ordenada en cada uno de sus apartados de acuerdo con su relevancia.

Debilidades	Relevancia (Promedio)
Defectos en las estrategias para mejorar la participación y baja adherencia en el seguimiento.	Importancia crucial (4.33)
Dificultades para absorber la demanda con creación de demoras excesivas, agravada por el seguimiento.	Muy importante (4.19)

Información a la población y difusión de los programas insuficientes.	Muy importante (4.04)
Descoordinación, variabilidad e inequidades entre CC. AA.	Muy importante (3.93)
Limitaciones, deficiencias y dificultades en la estandarización y uniformidad de los programas de cribado, incluyendo la exportación automática de los datos epidemiológicos.	Muy importante (3.67)
Amenazas	Relevancia (Promedio)
Falta de participación y adherencia de la población.	Importancia crucial (4.44)
Dificultades para la financiación y de incorporación de recursos humanos.	Importancia crucial (4.37)
Desmotivación, desconocimiento, desinterés y escasa educación sanitaria de la población.	Muy importante (3.85)
Fortalezas	Relevancia (Promedio)
El cribado de CCR se ha introducido en las carteras de servicio de todas las comunidades.	Importancia crucial (4.41)
Implicación y motivación de los profesionales.	Muy importante (4.11)
Calidad científico-técnica de los profesionales y equipamientos.	Muy importante (4.00)
Diseño, solidez, calidad, mejoras y resultados de los programas.	Muy importante (3.89)
Implicación de salud pública.	Muy importante (3.70)
Oportunidades	Relevancia (Promedio)
Existencia de un modelo sanitario público como base de nuestro Sistema Nacional de Salud.	Importancia crucial (4.22)
Redefinir el papel de la Atención Primaria dentro de los programas como base de la prevención y de la concienciación de la población.	Muy importante (3.93)
El cáncer es un asunto prioritario en la población y por ello es una oportunidad difundir el impacto positivo de los programas, así como potenciar la prevención primaria.	Muy importante (3.88)
Aprovechar el potencial de la enfermería en aspectos relevantes para el cribado como la información, la gestión de casos o la adherencia.	Muy importante (3.70)
Ampliación del intervalo de edad para el cribado.	Muy importante (3.63)

LIMITACIONES DE ESTA VALORACIÓN

La principal limitación de esta aproximación es que se pierde representación respecto de aquellas debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades que no se han considerado en la MBE. Sin embargo, se simplifica la matriz DAFO, de modo que se ejemplarizan los aspectos más relevantes. Por otra parte, la posibilidad de incluir en el texto del análisis DAFO cualquiera de las otras formulaciones evita dejar de lado otras propuestas que siendo pertinentes y de relevancia media no hayan quedado representadas en la MDE.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se presenta la que podría ser matriz DAFO esencial del proyecto, constituida por:

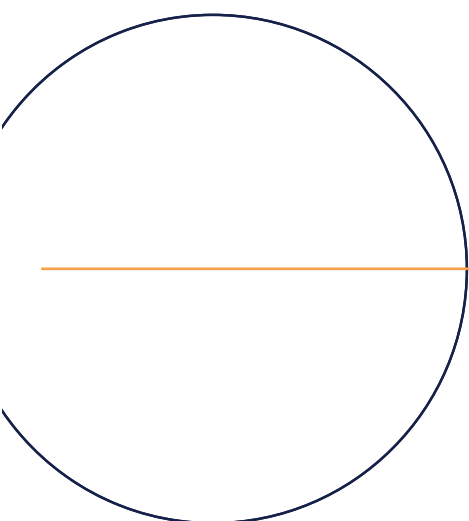
- 5 debilidades:
 - Defectos en las estrategias para mejorar la participación y baja adherencia en el seguimiento.

- Dificultades para absorber la demanda con creación de demoras excesivas, agravada por el seguimiento.
- Información a la población y difusión de los programas insuficientes.
- Descoordinación, variabilidad e inequidades entre CC. AA.
- Limitaciones, deficiencias y dificultades en la estandarización y uniformidad de los programas de cribado, incluyendo la exportación automática de los datos epidemiológicos.
- 3 amenazas:
 - Falta de participación y adherencia de la población.
 - Dificultades para la financiación y de incorporación de recursos humanos.
 - Desmotivación, desconocimiento, desinterés y escasa educación sanitaria de la población.
- 5 fortalezas:
 - El cribado de CCR se ha introducido en las carteras de servicio de todas las comunidades.
 - Implicación y motivación de los profesionales.
 - Calidad científico-técnica de los profesionales y equipamientos.
 - Diseño, solidez, calidad, mejoras y resultados de los programas.
 - Implicación de salud pública
- 5 oportunidades:
 - Existencia de un modelo sanitario público como base de nuestro Sistema Nacional de Salud.
 - Redefinir el papel de la Atención Primaria dentro de los programas como base de la prevención y de la concienciación de la población.
 - El cáncer es un asunto prioritario en la población y por ello es una oportunidad difundir el impacto positivo de los programas, así como potenciar la prevención primaria.
 - Aprovechar el potencial de la enfermería en aspectos relevantes para el cribado como la información, la gestión de casos o la adherencia.
 - Ampliación del intervalo de edad para el cribado.

PROPUESTA DE CONTINUIDAD DEL PROYECTO

El paso inmediato será someter a los investigadores esta MDE para su valoración y en su caso aprobación con o sin modificaciones.

La siguiente etapa será la presentación de propuestas estratégicas previa a la formulación de las recomendaciones derivadas de este análisis DAFO.



MATERIAL SUPLEMENTARIO

INFORME PROPUESTAS ESTRATÉGICAS

Material suplementario 08

INFORME SOBRE LA PROPUESTA PRELIMINAR PROPUESTAS ESTRATÉGICAS

CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO

- Antecedentes
- Metodología seguida en esta fase
- Propuestas estratégicas provisionales
- Resumen

ANTECEDENTES

Dentro del proyecto de libro blanco del cribado del cáncer de colon y recto (CCR) en España se viene construyendo una matriz DAFO que en el momento actual está en la fase de valoración y pertinencia de cada una de las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades propuestas por los investigadores.

El grupo coordinador del proyecto, en consonancia con lo descrito en la metodología general de este, ha realizado una aproximación a lo que podrían ser las propuestas estratégicas que en su momento deben derivarse de la matriz DAFO definitiva.

En este documento interno se describe esta aproximación.

METODOLOGÍA SEGUIDA EN ESTA FASE

Se ha partido del listado de debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades ya elaborado, cuyo contenido es el que está siendo sometido en la actualidad a los investigadores para su evaluación sobre la pertinencia y relevancia de cada una de ellas (**material suplementario 06**). Este listado ha sido remitido a los tres miembros del grupo coordinador (GC) con el fin de que para cada propuesta juzgasen su pertinencia y su relevancia, pero sobre todo para que señalaran propuestas estratégicas (definidas como propuestas de acción) para cada una de las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades.

El investigador principal (IP; AA) y otro de los miembros del GC (FC) cumplimentaron tanto las valoraciones de pertinencia y relevancia como las propuestas de acción, en tanto que el tercer componente del GC (JC) realizó aportaciones detalladas sobre este último punto.

En el caso de los dos miembros del GC que realizaron valoración de la pertinencia y de la relevancia de cada una de las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades se establecieron dos niveles en función de esta valoración, siendo nivel 1 el que se corresponde a propuestas calificadas como pertinentes (pertinencia = 1) y además de importancia crucial o muy

importantes (relevancia = 4 o 5) y nivel 2 para todos los demás casos, excepto la calificadas como no pertinentes (pertinencia = -1) y/o casi irrelevantes (relevancia = 1) que fueron excluidas.

Con las aportaciones recibidas se ha construido otro Excel en el que se integran estas aportaciones más las derivadas anteriormente de la construcción por parte de los investigadores de la propuesta inicial de debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades, en la que se describían algunas opciones que no podían ser incorporarse a la matriz DAFO por tratarse precisamente de propuestas de acción y no de ninguna debilidad, amenaza, fortaleza u oportunidad.

El formato final es el de una lista de posibles estrategias, en algunos casos con varias acciones posibles que pretende ser la base para la futura propuesta de estrategias a presentar a los investigadores.

PROPUESTAS ESTRATÉGICAS PROVISIONALES

Las propuestas estratégicas provisionales que se deducen de esta aproximación se listan, sin ningún criterio de ordenamiento en especial, en la siguiente tabla

Estrategia	Acción
Promover un acuerdo nacional que sea base de un plan nacional para el cribado del CCR.	Acuerdo nacional para mejorar la descoordinación, variabilidad e inequidades entre CC. AA.
	Suscripción de un acuerdo nacional para la ejecución estandarizada de los programas.
	Acuerdo nacional que facilite el desarrollo de los programas con menores cambios e injerencias políticas.
	Conseguir que el cribado se incorpore a la cartera de servicios de manera efectiva en todos los ámbitos.
	Disminución del efecto de que la estrategia del cribado esté en manos exclusivas de la administración sin participación de las SS. CC.
	Favorecer la inclusión y unificación de todo tipo de cribado.
	Priorizar los programas de cribado como actividad del Sistema Nacional de Salud.
	Suscribir un acuerdo nacional que se desarrolle a través de un plan nacional que sirva para superar la falta de interés político y la falta de interés y compromiso de las diferentes administraciones sanitarias.
Promover el adecuado control de la demanda y de las demoras dentro de los programas de cribado.	Disipar las dudas sobre la rentabilidad de los programas promoviendo el cribado desde un plan nacional que mejore la participación.
	Circuitos específicos de cribado ajustados a previsiones y con financiación adecuada que permitan un adecuado control de la demanda y eviten demoras.
Adequar el intervalo de edad del cribado a la evidencia.	Adequar el intervalo de edad del cribado a la evidencia.
Basar los programas en unidades de cribado.	Generalizar la implantación de unidades de cribado que faciliten la creación de circuitos específicos de cribado ajustados a previsiones y con financiación adecuada.

Disminuir la inequidad de los programas.	Disminuir la inequidad en los programas con especial referencia a la existente en el sesgo de participación por género.
	Disminuir la inequidad en los programas con especial referencia a la existente en lo que respecta a la financiación.
	Disminuir la inequidad en los programas con especial referencia a la existente entre CC. AA.
Favorecer la estandarización de los programas.	Favorecer la digitalización de los programas.
	Circuitos específicos de cribado ajustados a previsiones y con financiación adecuada.
	Promover la estandarización del proceso de cribado dentro de un plan nacional.
Favorecer la participación de la sociedad civil en los programas.	Favorecer la participación de la sociedad civil en los programas.
Promover el fortalecimiento de los programas de cribado.	Promover el fortalecimiento de los programas de cribado.
Promover políticas de incentivación para los profesionales.	Incentivar la participación en los programas.
	Selección de perfiles con incentivos.
Incluir el seguimiento pos-polipectomía en los programas	Incluir el seguimiento pos-polipectomía en los programas.
Mejorar la adherencia dentro de los programas.	Incrementar la educación sanitaria para mejorar la adherencia dentro de los programas.
Mejorar la difusión de los programas.	Promover la difusión pública, transparente y rápida de los resultados de los programas y su verdadero impacto.
	Mejorar la difusión y el conocimiento de los programas en la población.
	Incrementar la educación sanitaria en relación con la importancia del CCR y su prevención gracias al cribado.
	Mejorar los sistemas de transmisión de la información.
	Incorporar a la sociedad civil en los programas para mejorar su difusión.
Mejorar la educación sanitaria de la población	Mejorar la educación sanitaria de la población.
Mejorar la formación e información de los profesionales.	Establecer planes de formación específicos para los profesionales de los programas.
	Incrementar la formación de los profesionales sobre el cribado y sus resultados.
	Incrementar la transparencia y difusión de los resultados de los programas a los profesionales.
Mejorar la participación de la población en los programas.	Incrementar la educación sanitaria para mejorar la participación en los programas.
	Realizar campañas para incrementar la participación de la población.
	Crear un App del cribado que ayude a la mejora de la difusión, participación y adherencia.
	Desarrollar acciones dirigidas a la disminución de la brecha de participación de hombres frente a mujeres.
Optimizar la prueba de cribado basada en SOH.	Incorporar a la sociedad civil en los programas para mejorar la participación en los programas.
	Optimizar la prueba de cribado basada en SOH.
Potenciar la participación de la enfermería dentro de los programas.	Incrementar la Importancia del papel de la enfermería y su participación, especialmente en la gestión de casos y como fortalecimiento de la atención primaria.

Promover la calidad de los programas.	Favorecer el benchmarking entre CC. AA. y programas.
	Incentivar la mejora de resultados de los programas.
	Mejorar el control de calidad de los programas
	Mejorar la calidad del proceso de limpieza intestinal.
Promover la participación multidisciplinar dentro de los programas.	Promover la colaboración multidisciplinar dentro de los programas específicamente de la atención primaria con el resto de los actores involucrados en los programas.
	Promover la colaboración multidisciplinar dentro de los programas, incluyendo la coordinación con el liderazgo natural de la Salud Pública en lo referente a los programas.
	Promover la colaboración multidisciplinar dentro de los programas, incluyendo SS. CC. y otras organizaciones.
Promover la evaluación de resultados en salud dentro de los programas.	Promover la evaluación de resultados en salud dentro de los programas.
Promover la financiación específica de los programas.	Incremento presupuestario para los programas.
	Circuitos específicos de cribado ajustados a previsiones y con financiación adecuada que permitan además la incorporación de los adecuados recursos humanos.
	Mejorar la financiación de los servicios de Salud Pública.
	Búsqueda de financiación complementaria para los programas especialmente en investigación e innovación teniendo en cuenta el favorable entorno europeo
Promover la investigación y la innovación dentro de los programas.	Comprobar impacto y efectividad de los programas.
	Promover la investigación sobre el impacto de los programas sobre la supervivencia
	Promover la investigación de estudios de evaluación económica.
	Desarrollar investigación sobre nuevas pruebas dentro de los programas.
	Incorporación de nuevas pruebas de cribado más eficaces.
	Investigar sobre la incorporación de la inteligencia artificial a los programas.
	Investigar y aplicar nuevas ópticas para la detección de lesiones planas
	Promover la investigación y la innovación dentro de los programas con especial referencia a la edad de cribado
	Promover la investigación y la innovación dentro de los programas con especial referencia a modelos exploratorios globales de las estrategias de cribado, mediante proyectos que impliquen no solo a Salud Pública, sino especialmente a expertos en patología digestiva.
	Promover la investigación y la innovación dentro de los programas con especial referencia a los nuevos modelos de cribado.
Promover la participación de los profesionales en los programas.	Promover la participación, en general, de los profesionales en los programas.
	Promover la participación, incluyendo toma de decisiones en la ejecución y mejoras de los programas, de los profesionales integrados en las unidades de cribado.
Promover una adecuada gestión de los pacientes con alto riesgo de CCR.	Fomentar las unidades de alto riesgo.
	Impulsar circuito de cribado familiar y asistencia de pacientes con tumores hereditarios.
	Crear un App del cribado que ayude a la mejora de la gestión de los pacientes de alto riesgo.

Promover una participación efectiva de la Atención Primaria.	Búsqueda de alternativas a la atención primaria en la ejecución de los programas.
	Disminuir el peso de la ejecución de los programas sobre la atención primaria.
	Involucrar a atención primaria en la mejora de la educación sobre el CCR, su diagnóstico precoz y prevención.
	Promoción las actividades de cooperación en AP tanto en participación como en prevención del CCR.
	Promover actividad de atención primaria en los temas de los grupos de alto riesgo
Promover la implicación y motivación de los profesionales involucrados en los programas.	Incentivación de los profesionales.
	Selección de los profesionales de acuerdo con perfiles competenciales.

RESUMEN

En este informe se presentan una serie de estrategias (líneas estratégicas) y dentro de cada una de ellas algunas acciones concretas, que pueden servir de aproximación al trabajo posterior que consistirá en la definición de estrategias ofensivas, defensivas, de adaptación y de supervivencia, a construir tras establecer la matriz DAFO definitiva (una vez realizada la valoración de pertinencia y relevancia por parte de los investigadores).

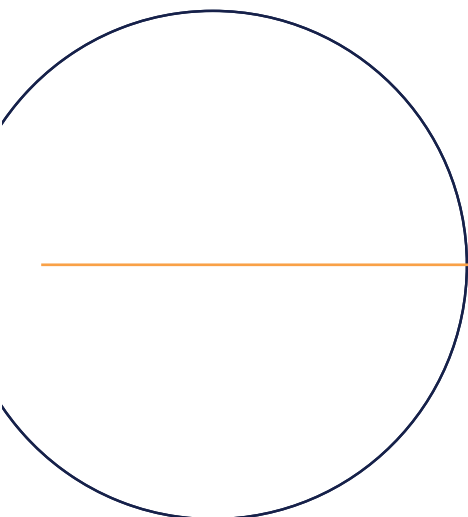
Estas líneas estratégicas son:

- Promover un acuerdo nacional que sea base para un plan nacional del cribado del CCR en España.
- Disminuir la inequidad de los programas.
- Promover la financiación específica y adecuada de los programas.
- Mejorar la difusión de los programas.
- Mejorar la participación de la población en los programas.
- Mejorar la educación sanitaria de la población.
- Promover el adecuado control de la demanda y de las demoras dentro de los programas de cribado.
- Mejorar la adherencia dentro de los programas.
- Favorecer la estandarización de los programas.
- Promover la calidad de los programas.
- Promover la participación multidisciplinar dentro de los programas.
- Mejorar la formación e información de los profesionales.
- Promover la participación de los profesionales en los programas.
- Promover la implicación y motivación de los profesionales involucrados en los programas.
- Promover políticas de incentivación para los profesionales.
- Potenciar la participación de la enfermería dentro de los programas.
- Promover una participación efectiva de la Atención Primaria.
- Adecuar el intervalo de edad del cribado a la evidencia.

- Promover la evaluación de resultados en salud dentro de los programas.
- Promover la investigación y la innovación dentro de los programas.
- Basar los programas en unidades de cribado.
- Favorecer la participación de la sociedad civil en los programas.
- Promover el fortalecimiento de los programas de cribado.
- Promover una adecuada gestión de los pacientes con alto riesgo de CCR.
- Incluir el seguimiento postpolipectomía en los programas.
- Optimizar la prueba de cribado basada en SOH.

En la tabla presentada anteriormente pueden consultarse algunas de las acciones que se proponen dentro de cada línea.

Esta aproximación tiene numerosas limitaciones. En primer lugar, no cabe considerarla completa, ya que en las fases siguientes cabrán nuevas aportaciones, la desaparición o fusión de algunas de las líneas o acciones, o modificaciones en su formulación, así como su debida priorización.



MATERIAL SUPLEMENTARIO

PROPUESTAS ESTRATÉGICAS AJUS- TADAS A MATRIZ DAFO ESENCIAL

Material suplementario 09

INFORME SOBRE PROPUESTAS ESTRATÉGICAS AJUSTADAS A LA MATRIZ DAFO ESENCIAL

CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO

- Antecedentes.
- Metodología seguida en esta fase.
- Propuestas estratégicas de partida.
- Matriz DAFO esencial
- Asignación de las propuestas estratégicas a la matriz DAFO esencial.
 - a. Propuestas estratégicas con debilidades, amenazas, fortalezas u oportunidades incluidas en la Matriz DAFO esencial.
 - b. Propuestas estratégicas no asociadas a debilidades, amenazas, fortalezas u oportunidades incluidas en la Matriz DAFO esencial.
- Listado de propuestas estratégicas para valoración de los investigadores.
 - a. Estrategias principales.
 - b. Propuestas estratégicas secundarias.
 - c. Propuestas estratégicas finalmente no incluidas.
- Limitaciones de esta aproximación.
- Resumen y conclusiones.
- Propuesta de continuidad del proyecto.

ANTECEDENTES

En una etapa anterior del proyecto, los investigadores han propuesto una serie de debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades, como paso previo a la confección de una matriz DAFO. En el [material suplementario 07](#) puede consultarse la última fase de elaboración de esta matriz, consistente en la transformación de la matriz DAFO inicial (MDI) del proyecto en una matriz DAFO esencial (MDE) como consecuencia de la valoración de pertinencia y relevancia, por parte de los investigadores, que ha dado lugar a exclusiones de algunas propuestas DAFO por baja pertinencia, y a la reformulación de algunas otras.

Dentro de las propuestas DAFO que inicialmente elaboraron los investigadores, una serie de ellas fueron transformadas en propuestas estratégicas, tal como se planteó en el documento en el que se abordó la MDI ([material suplementario 05](#)).

En paralelo, el grupo coordinador del proyecto ha analizado también cuáles podrían ser las estrategias y acciones que podrían derivarse del análisis DAFO inicial realizado, con el fin de

proponer un listado preliminar de estrategias y acciones estratégicas, derivado tanto de esta aproximación del grupo coordinador como de la reclasificación de las propuestas DAFO realizadas por los investigadores.

En el presente documento se analizan de nuevo estas propuestas estratégicas preliminares a la luz de los resultados de la valoración de pertinencia y relevancia de las diferentes debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades que han dado lugar a la confección de la MDE, con el fin de proponer a los investigadores un nuevo listado, más avanzado, de posibles líneas estratégicas, estrategias y acciones estratégicas que sean conformes con este análisis.

METODOLOGÍA SEGUIDA EN ESTA FASE

La metodología seguida para la reclasificación de las propuestas DAFO de los investigadores puede consultarse en el ya antes citado [material suplementario 05](#), mientras que la que ha servido por parte del Grupo Coordinador para la confección del listado preliminar de propuestas estratégicas se describe en el [material suplementario 08](#). Respecto de la construcción de la MDE la metodología puede consultarse en el [material suplementario 07](#).

Se construyó una hoja de cálculo Excel donde se asignaron palabras claves tanto a las diferentes debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades de la MDI, como a las diferentes propuestas estratégicas preliminares. Utilizando estas claves se asignaron las diferentes propuestas DAFO a cada una de las propuestas estratégicas preliminares. Tras ello, se agruparon los resultados de acuerdo con la MDE

Para alcanzar el objetivo de confeccionar un nuevo listado, más avanzado, de propuestas estratégicas se han realizado las siguientes acciones:

- Asignar las debilidades, amenazas, fortalezas u oportunidades que guardan relación con cada una de las propuestas estratégicas preliminares.
- Reformular las propuestas estratégicas en cuatro niveles, respecto de la definición de estrategias:
 - Estrategias principales, entendiendo como tal aquel conjunto de acciones estratégicas que permitan alcanzar un objetivo bien definido y que es de la suficiente entidad y relevancia como para ser considerado prioritario. En este nivel, en algunas ocasiones, se han agrupado Para ello se han agrupado algunas de las propuestas preliminares.
 - Acciones estratégicas, consistentes en las diferentes acciones que se proponen realizar dentro de cada estrategia principal.
 - Otras propuestas estratégicas de interés que pueden ser base de recomendaciones, pero no se clasifican como estrategia principal, sino secundaria.

- Propuestas estratégicas que no se recomiendan incluirlas como estrategia principal o secundaria.
- Modificar o descartar aquellas acciones estratégicas de carácter preliminar que resulten inconsistentes con la MDE y/o con las estrategias reformuladas.
- Elaborar un listado de estrategias y acciones para ser presentado a la valoración de los investigadores.

PROPUESTAS ESTRATÉGICAS DE PARTIDA

Las propuestas estratégicas preliminares de las que se parte, tanto en lo que serían las estrategias, o líneas estratégicas, principales como en los que se refiere a una serie de posibles acciones dentro de ellas (ver material suplementario 05 y material suplementario 08), pueden consultarse en la siguiente tabla, en la que no se sigue ningún tipo de orden de priorización:

Estrategia	Acción
Promover un acuerdo nacional que sea base de un plan nacional para el cribado del CCR.	Acuerdo nacional para mejorar la descoordinación, variabilidad e inequidades entre CC. AA.
	Suscripción de un acuerdo nacional para la ejecución estandarizada de los programas.
	Acuerdo nacional que facilite el desarrollo de los programas con menores cambios e injerencias políticas.
	Conseguir que el cribado se incorpore a la cartera de servicios de manera efectiva en todos los ámbitos.
	Disminución del efecto de que la estrategia del cribado esté en manos exclusivas de la administración sin participación de las SS. CC.
	Favorecer la inclusión y unificación de todo tipo de cribado.
	Priorizar los programas de cribado como actividad del Sistema Nacional de Salud.
	Suscribir un acuerdo nacional que se desarrolle a través de un plan nacional que sirva para superar la falta de interés político y la falta de interés y compromiso de las diferentes administraciones sanitarias.
	Disipar las dudas sobre la rentabilidad de los programas promoviendo el cribado desde un plan nacional que mejore la participación.
Promover el adecuado control de la demanda y de las demoras dentro de los programas de cribado.	Circuitos específicos de cribado ajustados a previsiones y con financiación adecuada que permitan un adecuado control de la demanda y eviten demoras.
Adecuar el intervalo de edad del cribado a la evidencia.	Adecuar el intervalo de edad del cribado a la evidencia.
Basar los programas en unidades de cribado.	Generalizar la implantación de unidades de cribado que faciliten la creación de circuitos específicos de cribado ajustados a previsiones y con financiación adecuada.
Disminuir la inequidad de los programas.	Disminuir la inequidad en los programas con especial referencia a la existente en el sesgo de participación por género.
	Disminuir la inequidad en los programas con especial referencia a la existente en lo que respecta a la financiación.

	Disminuir la inequidad en los programas con especial referencia a la existente entre CC. AA.
Favorecer la estandarización de los programas.	Favorecer la digitalización de los programas.
	Circuitos específicos de cribado ajustados a previsiones y con financiación adecuada.
	Promover la estandarización del proceso de cribado dentro de un plan nacional.
Favorecer la participación de la sociedad civil en los programas.	Favorecer la participación de la sociedad civil en los programas.
Promover el fortalecimiento de los programas de cribado.	Promover el fortalecimiento de los programas de cribado.
Promover políticas de incentivación para los profesionales.	Incentivar la participación en los programas.
	Selección de perfiles con incentivos.
Incluir el seguimiento pospolipectomía en los programas	Incluir el seguimiento pospolipectomía en los programas.
Mejorar la adherencia dentro de los programas.	Incrementar la educación sanitaria para mejorar la adherencia dentro de los programas.
Mejorar la difusión de los programas.	Promover la difusión pública, transparente y rápida de los resultados de los programas y su verdadero impacto.
	Mejorar la difusión y el conocimiento de los programas en la población.
	Incrementar la educación sanitaria en relación con la importancia del CCR y su prevención gracias al cribado.
	Mejorar los sistemas de transmisión de la información.
	Incorporar a la sociedad civil en los programas para mejorar su difusión.
Mejorar la educación sanitaria de la población	Mejorar la educación sanitaria de la población.
Mejorar la formación e información de los profesionales.	Establecer planes de formación específicos para los profesionales de los programas.
	Incrementar la formación de los profesionales sobre el cribado y sus resultados.
	Incrementar la transparencia y difusión de los resultados de los programas a los profesionales.
Mejorar la participación de la población en los programas.	Incrementar la educación sanitaria para mejorar la participación en los programas.
	Realizar campañas para incrementar la participación de la población.
	Crear un App del cribado que ayude a la mejora de la difusión, participación y adherencia.
	Desarrollar acciones dirigidas a la disminución de la brecha de participación de hombres frente a mujeres.
	Incorporar a la sociedad civil en los programas para mejorar la participación en los programas.
Optimizar la prueba de cribado basada en SOH.	Optimizar la prueba de cribado basada en SOH.
Potenciar la participación de la enfermería dentro de los programas.	Incrementar la Importancia del papel de la enfermería y su participación, especialmente en la gestión de casos y como fortalecimiento de la atención primaria.
Promover la calidad de los programas.	Favorecer el benchmarking entre CC. AA. y programas.
	Incentivar la mejora de resultados de los programas.
	Mejorar el control de calidad de los programas

	Mejorar la calidad del proceso de limpieza intestinal.
Promover la participación multidisciplinar dentro de los programas.	Promover la colaboración multidisciplinar dentro de los programas específicamente de la atención primaria con el resto de los actores involucrados en los programas.
	Promover la colaboración multidisciplinar dentro de los programas, incluyendo la coordinación con el liderazgo natural de la Salud Pública en lo referente a los programas.
	Promover la colaboración multidisciplinar dentro de los programas, incluyendo SS. CC. y otras organizaciones.
Promover la evaluación de resultados en salud dentro de los programas.	Promover la evaluación de resultados en salud dentro de los programas.
	Incremento presupuestario para los programas.
	Circuitos específicos de cribado ajustados a previsiones y con financiación adecuada que permitan además la incorporación de los adecuados recursos humanos.
Promover la financiación específica de los programas.	Mejorar la financiación de los servicios de Salud Pública.
	Búsqueda de financiación complementaria para los programas especialmente en investigación e innovación teniendo en cuenta el favorable entorno europeo
	Comprobar impacto y efectividad de los programas.
	Promover la investigación sobre el impacto de los programas sobre la supervivencia
	Promover la investigación de estudios de evaluación económica.
	Desarrollar investigación sobre nuevas pruebas dentro de los programas.
	Incorporación de nuevas pruebas de cribado más eficaces.
	Investigar sobre la incorporación de la inteligencia artificial a los programas.
Promover la investigación y la innovación dentro de los programas.	Investigar y aplicar nuevas ópticas para la detección de lesiones planas
	Promover la investigación y la innovación dentro de los programas con especial referencia a la edad de cribado
	Promover la investigación y la innovación dentro de los programas con especial referencia a modelos exploratorios globales de las estrategias de cribado, mediante proyectos que impliquen no solo a Salud Pública, sino especialmente a expertos en patología digestiva.
	Promover la investigación y la innovación dentro de los programas con especial referencia a los nuevos modelos de cribado.
	Promover la participación, en general, de los profesionales en los programas.
Promover la participación de los profesionales en los programas.	Promover la participación, incluyendo toma de decisiones en la ejecución y mejoras de los programas, de los profesionales integrados en las unidades de cribado.
	Fomentar las unidades de alto riesgo.
Promover una adecuada gestión de los pacientes con alto riesgo de CCR.	Impulsar circuito de cribado familiar y asistencia de pacientes con tumores hereditarios.
	Crear un App del cribado que ayude a la mejora de la gestión de los pacientes de alto riesgo.
Promover una participación efectiva de la Atención Primaria.	Búsqueda de alternativas a la atención primaria en la ejecución de los programas.

	Disminuir el peso de la ejecución de los programas sobre la atención primaria.
	Involucrar a atención primaria en la mejora de la educación sobre el CCR, su diagnóstico precoz y prevención.
	Promoción las actividades de cooperación en AP tanto en participación como en prevención del CCR.
	Promover actividad de atención primaria en los temas de los grupos de alto riesgo
Promover la implicación y motivación de los profesionales involucrados en los programas.	Incentivación de los profesionales.
	Selección de los profesionales de acuerdo con perfiles competenciales.

MATRIZ DAFO ESENCIAL

La matriz DAFO esencial (consultar si se desea como ha sido construida en [material suplementario 07](#)) es la siguiente:

Debilidades
Defectos en las estrategias para mejorar la participación y baja adherencia en el seguimiento.
Dificultades para absorber la demanda con creación de demoras excesivas, agravada por el seguimiento.
Información a la población y difusión de los programas insuficientes.
Descoordinación, variabilidad e inequidades entre CC. AA.
Limitaciones, deficiencias y dificultades en la estandarización y uniformidad de los programas de cribado, incluyendo la exportación automática de los datos epidemiológicos.
Amenazas
Falta de participación y adherencia de la población.
Dificultades para la financiación y de incorporación de recursos humanos.
Desmotivación, desconocimiento, desinterés y escasa educación sanitaria de la población.
Fortalezas
El cribado de CCR se ha introducido en las carteras de servicio de todas las comunidades.
Implicación y motivación de los profesionales.
Implicación de salud pública.
Calidad científico-técnica de los profesionales y equipamientos.
Diseño, solidez, calidad, mejoras y resultados de los programas.
Oportunidades
Ampliación del intervalo de edad para el cribado.
Existencia de un modelo sanitario público como base de nuestro Sistema Nacional de Salud.
El cáncer es un asunto prioritario en la población y por ello es una oportunidad difundir el impacto positivo de los programas, así como potenciar la prevención primaria.
Redefinir el papel de la Atención Primaria dentro de los programas como base de la prevención y de la concienciación de la población.

Aprovechar el potencial de la enfermería en aspectos relevantes para el cribado como la información, la gestión de casos o la adherencia.

ASIGNACIÓN DE LAS PROPUESTAS ESTRATÉGICAS A LA MATRIZ DAFO ESENCIAL

A continuación, se expone el resultado en lo que se refiere a la matriz DAFO esencial, listando y comentando cada una de las propuestas estratégicas en cuanto a las asignaciones de debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades, así como un juicio sobre si deben proponerse a los investigadores como estrategias principales, como propuestas estratégicas secundarias o simplemente ser comentadas, pero no incluidas entre las propuestas. Respecto de las acciones inicialmente propuestas se han señalado, atenuando su texto en gris, aquellas que resultan inconsistentes con el proceso seguido para la construcción de la MDE.

Propuestas estratégicas con debilidades, amenazas, fortalezas u oportunidades incluidas en la Matriz DAFO esencial

Estrategia	Promover un acuerdo nacional que sea base de un plan nacional para el cribado del CCR.
Acciones	<ul style="list-style-type: none"> • Acuerdo nacional para mejorar la descoordinación, variabilidad e inequidades entre CC. AA. • Suscripción de un acuerdo nacional que para la ejecución estandarizada de los programas. • Acuerdo nacional que facilite el desarrollo de los programas con menores cambios e injerencias políticas. • Conseguir que el cribado se incorpore a la cartera de servicios de manera efectiva en todos los ámbitos. • Disminución del efecto de que la estrategia del cribado esté en manos exclusivas de la administración sin participación de las SS. CC. • Favorecer la inclusión y unificación de todo tipo de cribado. • Priorizar los programas de cribado como actividad del Sistema Nacional de Salud. • Suscribir un acuerdo nacional que se desarrolle a través de un plan nacional que sirva para superar la falta de interés político y la falta de interés y compromiso de las diferentes administraciones sanitarias. • Disipar las dudas sobre la rentabilidad de los programas promoviendo el cribado desde un plan nacional que mejore la participación.
Debilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Descoordinación, variabilidad e inequidades entre CC. AA. • Limitaciones, deficiencias y dificultades en la estandarización y uniformidad de los programas de cribado, incluyendo la exportación automática de los datos epidemiológicos. • Defectos en las estrategias para mejorar la participación y baja adherencia en el seguimiento.

Amenazas	<ul style="list-style-type: none"> Falta de participación y adherencia de la población.
Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> Diseño, solidez, calidad, mejoras y resultados de los programas.
Comentario	<p>Esta propuesta surge del Grupo Coordinador del proyecto, entendiendo que permitiría abordar varios de los problemas que enfrentan los programas de cribado en España, como puede deducirse de las numerosas acciones estratégicas asociadas.</p> <p>Puede ser considerada una estrategia de supervivencia, en tanto al aspecto de la participación.</p> <p>Existe un cierto grado de contradicción entre la debilidad que señala dificultades en la estandarización y uniformidad de los programas y la fortaleza que destaca su diseño y solidez. Esta fortaleza viene sobre todo de que existe una propuesta unificada en origen respecto a los indicadores principales, así como un seguimiento de los programas por parte de la Red de Programas de Cribado de Cáncer, y a que en los programas se aprecian mejoras evolutivas. Sin embargo, hay aspectos concretos a los que no alcanza la estandarización y unificación, y uno de los más destacados por parte de los investigadores, ha sido los referentes a la exportación y difusión de los datos epidemiológicos y los resultados.</p>
Propuesta	Estrategia principal.

Estrategia	Promover el adecuado control de la demanda y de las demoras dentro de los programas de cribado.
Acciones	<ul style="list-style-type: none"> Circuitos específicos de cribado ajustados a previsiones y con financiación adecuada que permitan un adecuado control de la demanda y eviten demoras.
Debilidades	<ul style="list-style-type: none"> Dificultades para absorber la demanda con creación de demoras excesivas, agravada por el seguimiento.
Comentario	Responde a una de las principales debilidades detectadas en los programas. Apuesta porque el cribado tenga circuitos propios con financiación adecuada.
Propuesta	Estrategia principal.

Estrategia	Adecuar el intervalo de edad del cribado a la evidencia.
Acciones	<ul style="list-style-type: none"> Adecuar el intervalo de edad del cribado a la evidencia.
Oportunidades	<ul style="list-style-type: none"> Ampliación del intervalo de edad para el cribado. El cáncer es un asunto prioritario en la población y por ello es una oportunidad difundir el impacto positivo de los programas, así como potenciar la prevención primaria.
Comentario	Los investigadores han señalado con claridad que la evidencia apoya la revisión de la edad de inclusión en los programas, tanto en el inicio como en su finalización. Ello se considera una oportunidad.
Propuesta	Estrategia principal.

Estrategia	Basar los programas en unidades de cribado.
Acciones	<ul style="list-style-type: none"> • Generalizar la implantación de unidades de cribado que faciliten la creación de circuitos específicos de cribado ajustados a previsiones y con financiación adecuada.
Debilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades para absorber la demanda con creación de demoras excesivas, agravada por el seguimiento.
Amenazas	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades para la financiación y de incorporación de recursos humanos.
Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño, solidez, calidad, mejoras y resultados de los programas
Comentario	Tal como los investigadores han señalado en sus comentarios, el concepto de “unidad de cribado no es claro, pues puede referirse desde unidades donde se haga la confirmación diagnóstica basada en colonoscopia, hasta unidades multidisciplinares capaces de abordar todo el proceso. En consecuencia, parece más oportuno hacer hincapié en los circuitos específicos que sean capaces de gestionar adecuadamente la demanda y que cuenten con la financiación adecuada.
Propuesta	Solo comentar, pero no incluir.

Estrategia	Disminuir la inequidad de los programas.
Acciones	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir la inequidad en los programas con especial referencia a la existente en el sesgo de participación por género. • Disminuir la inequidad en los programas con especial referencia a la existente en lo que respecta a la financiación. • Disminuir la inequidad en los programas con especial referencia a la existente entre CC. AA.
Debilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Descoordinación, variabilidad e inequidades entre CC. AA. • Defectos en las estrategias para mejorar la participación y baja adherencia en el seguimiento.
Amenazas	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades para la financiación y de incorporación de recursos humanos. • Falta de participación y adherencia de la población.
Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño, solidez, calidad, mejoras y resultados de los programas.
Comentario	<p>Es una de las cuestiones señaladas como más importantes por los investigadores.</p> <p>Vuelve a ser una estrategia de supervivencia al responder a debilidades y amenazas. Sin embargo, cabe considerar una fortaleza para la mejora el que partamos del anteriormente mencionado modelo de diseño y seguimiento gestionado por Red de Programas de Cribado de Cáncer.</p>
Propuesta	Estrategia principal.
Estrategia	Favorecer la estandarización de los programas.
Acciones	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer la digitalización de los programas. • Circuitos específicos de cribado ajustados a previsiones y con financiación adecuada.

	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la estandarización del proceso de cribado dentro de un plan nacional.
Debilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Limitaciones, deficiencias y dificultades en la estandarización y uniformidad de los programas de cribado, incluyendo la exportación automática de los datos epidemiológicos.
Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño, solidez, calidad, mejoras y resultados de los programas.
Comentario	En concreto se apunta en esta línea a la digitalización de los programas, a los circuitos con financiación adecuada y a contemplar estos aspectos en un plan nacional.
Propuesta	Estrategía principal.

Estrategía	Incluir el seguimiento pospolipectomía en los programas.
Acciones	<ul style="list-style-type: none"> • Incluir el seguimiento pospolipectomía en los programas.
Debilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Defectos en las estrategias para mejorar la participación y baja adherencia en el seguimiento. • Dificultades para absorber la demanda con creación de demoras excesivas, agravada por el seguimiento.
Comentario	Es una mención de los investigadores para tener en cuenta, pero posiblemente como una propuesta estratégica secundaria, frente a las líneas estratégicas más amplias que deban ser incluidas.
Propuesta	Propuesta estratégica secundaria.

Estrategía	Mejorar la adherencia dentro de los programas.
Acciones	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar la educación sanitaria para mejorar la adherencia dentro de los programas.
Debilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Defectos en las estrategias para mejorar la participación y baja adherencia en el seguimiento. • Información a la población y difusión de los programas insuficientes.
Amenazas	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de participación y adherencia de la población. • Desmotivación, desconocimiento, desinterés y escasa educación sanitaria de la población.
Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño, solidez, calidad, mejoras y resultados de los programas.
Oportunidades	<ul style="list-style-type: none"> • Redefinir el papel de la Atención Primaria dentro de los programas como base de la prevención y de la concienciación de la población.
Comentario	Esta propuesta conlleva diferentes facetas, en un caso como estrategia de supervivencia (en lo que se refiere a la adherencia) y en otro caso ofensiva aprovechando que los programas deben ser capaces de rediseñar la participación de la Atención Primaria.
Propuesta	Estrategía principal.

Estrategia	Mejorar la difusión de los programas.
Acciones	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la difusión pública, transparente y rápida de los resultados de los programas y su verdadero impacto. • Mejorar la difusión y el conocimiento de los programas en la población. • Incrementar la educación sanitaria en relación con la importancia del CCR y su prevención gracias al cribado. • Mejorar los sistemas de transmisión de la información. • Incorporar a la sociedad civil en los programas para mejorar su difusión.
Debilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Información a la población y difusión de los programas insuficientes. • Limitaciones, deficiencias y dificultades en la estandarización y uniformidad de los programas de cribado, incluyendo la exportación automática de los datos epidemiológicos.
Amenazas	<ul style="list-style-type: none"> • Desmotivación, desconocimiento, desinterés y escasa educación sanitaria de la población.
Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño, solidez, calidad, mejoras y resultados de los programas.
Oportunidades	<ul style="list-style-type: none"> • Redefinir el papel de la Atención Primaria dentro de los programas como base de la prevención y de la concienciación de la población.
Comentario	<p>Esta es una de las líneas, relacionada sin duda con la mejora en la participación, que ha sido más destacada por los investigadores.</p> <p>Como en el caso anterior cabe considerarla tanto como estrategia de supervivencia como ofensiva.</p>
Propuesta	Estrategía principal.

Estrategia	Mejorar la educación sanitaria de la población
Acciones	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la educación sanitaria de la población.
Amenazas	<ul style="list-style-type: none"> • Desmotivación, desconocimiento, desinterés y escasa educación sanitaria de la población.
Oportunidades	<ul style="list-style-type: none"> • Redefinir el papel de la Atención Primaria dentro de los programas como base de la prevención y de la concienciación de la población
Comentario	También considerada como importante por los investigadores, tanto en promover una mayor participación, como base del estímulo para la prevención primaria.
Propuesta	Estrategía principal.

Estrategia	Mejorar la formación e información de los profesionales.
Acciones	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer planes de formación específicos para los profesionales de los programas. • Incrementar la formación de los profesionales sobre el cribado y sus resultados.

	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar la transparencia y difusión de los resultados de los programas a los profesionales.
Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño, solidez, calidad, mejoras y resultados de los programas.
Comentario	Es una tarea que parece que debe ser abordada por los programas, pero no tanto porque el nivel de partida de los profesionales sea insuficiente sino por las necesidades específicas de los mismos.
Propuesta	Propuesta estratégica secundaria.

Estrategia	Mejorar la participación de la población en los programas.
Acciones	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar la educación sanitaria para mejorar la participación en los programas. • Realizar campañas para incrementar la participación de la población. • Crear un App del cribado que ayude a la mejora de la difusión, participación y adherencia. • Desarrollar acciones dirigidas a la disminución de la brecha de participación de hombres frente a mujeres. • Incorporar a la sociedad civil en los programas para mejorar la participación en los programas.
Debilidades	<ul style="list-style-type: none"> • Información a la población y difusión de los programas insuficientes. • Defectos en las estrategias para mejorar la participación y baja adherencia en el seguimiento.
Amenazas	<ul style="list-style-type: none"> • Desmotivación, desconocimiento, desinterés y escasa educación sanitaria de la población. • Falta de participación y adherencia de la población.
Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño, solidez, calidad, mejoras y resultados de los programas.
Oportunidades	<ul style="list-style-type: none"> • Redefinir el papel de la Atención Primaria dentro de los programas como base de la prevención y de la concienciación de la población.
Comentario	<p>Aunque parte de las estrategias ya señaladas parecen redundantes, esta formulación específica debe ser mantenida.</p> <p>Como en casos anteriores es una estrategia tanto de supervivencia como ofensiva.</p>
Propuesta	Estrategia principal.

Estrategia	Potenciar la participación de la enfermería dentro de los programas.
Acciones	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar la importancia del papel de la enfermería y su participación, especialmente en la gestión de casos y como fortalecimiento de la atención primaria.
Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño, solidez, calidad, mejoras y resultados de los programas.

Oportunidades	<ul style="list-style-type: none"> • Aprovechar el potencial de la enfermería en aspectos relevantes para el cribado como la información, la gestión de casos o la adherencia
Comentario	<p>Señalada por los investigadores como llave para mejorar determinados aspectos del cribado.</p> <p>Se trataría de una estrategia ofensiva.</p>
Propuesta	Estrategia principal.

Estrategia	Promover la calidad de los programas.
Acciones	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer el benchmarking entre CC. AA. y programas. • Incentivar la mejora de resultados de los programas. • Mejorar el control de calidad de los programas • Mejorar la calidad del proceso de limpieza intestinal.
Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> • Calidad científico-técnica de los profesionales y equipamientos. • Diseño, solidez, calidad, mejoras y resultados de los programas.
Comentario	Aunque en el análisis DAFO realizado por los investigadores, la calidad de los programas no se considera una debilidad, es lógico considerar que promover la calidad de los programas es una acción importante.
Propuesta	Estrategia principal.

Estrategia	Promover la participación multidisciplinar dentro de los programas.
Acciones	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la colaboración multidisciplinar dentro de los programas específicamente de la atención primaria con el resto de los actores involucrados en los programas. • Promover la colaboración multidisciplinar dentro de los programas, incluyendo la coordinación con el liderazgo natural de la Salud Pública en lo referente a los programas. • Promover la colaboración multidisciplinar dentro de los programas, incluyendo SS. CC. y otras organizaciones.
Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> • Implicación de salud pública
Oportunidades	<ul style="list-style-type: none"> • Redefinir el papel de la Atención Primaria dentro de los programas como base de la prevención y de la concienciación de la población.
Comentario	Como en el caso anterior no es de las propuestas DAFO más priorizadas
Propuesta	Propuesta estratégica secundaria.

Estrategia	Promover la evaluación de resultados en salud dentro de los programas.
Acciones	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la evaluación de resultados en salud dentro de los programas.
Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño, solidez, calidad, mejoras y resultados de los programas.
Comentario	Es un aspecto considerado relevante por los investigadores.

Propuesta	Propuesta estratégica secundaria.
-----------	-----------------------------------

Estrategia	Promover la financiación específica y adecuada de los programas.
Acciones	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento presupuestario para los programas. • Circuitos específicos de cribado ajustados a previsiones y con financiación adecuada que permitan además la incorporación de los adecuados recursos humanos. • Mejorar la financiación de los servicios de Salud Pública. • Búsqueda de financiación complementaria para los programas especialmente en investigación e innovación teniendo en cuenta el favorable entorno europeo.
Amenazas	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades para la financiación y de incorporación de recursos humanos.
Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño, solidez, calidad, mejoras y resultados de los programas. • Implicación de Salud Pública.
Comentario	Sin duda una de las estrategias a considerar como más importante
Propuesta	Estrategia principal.

Estrategia	Promover la investigación y la innovación dentro de los programas.
Acciones	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobar impacto y efectividad de los programas. • Promover la investigación sobre el impacto de los programas sobre la supervivencia • Promover la investigación de estudios de evaluación económica. • Desarrollar investigación sobre nuevas pruebas dentro de los programas. • Incorporación de nuevas pruebas de cribado más eficaces. • Investigar sobre la incorporación de la inteligencia artificial a los programas. • Investigar y aplicar nuevas ópticas para la detección de lesiones planas • Promover la investigación y la innovación dentro de los programas con especial referencia a la edad de cribado • Promover la investigación y la innovación dentro de los programas con especial referencia a modelos exploratorios globales de las estrategias de cribado, mediante proyectos que impliquen no solo a Salud Pública, sino especialmente a expertos en patología digestiva. • Promover la investigación y la innovación dentro de los programas con especial referencia a los nuevos modelos de cribado.
Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño, solidez, calidad, mejoras y resultados de los programas.
Oportunidades	<ul style="list-style-type: none"> • Ampliación del intervalo de edad para el cribado.
Comentario	Aunque, al igual que en otros casos es importante, no debería ser colocada entre las principales.
Propuesta	Propuesta estratégica secundaria.

Estrategia	Promover la participación de los profesionales en los programas.
Acciones	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la participación, en general, de los profesionales en los programas. • Promover la participación, incluyendo toma de decisiones en la ejecución y mejoras de los programas, de los profesionales integrados en las unidades de cribado.
Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> • Implicación y motivación de los profesionales.
Comentario	Mismo caso de las anteriores de no priorización como principal.
Propuesta	Propuesta estratégica secundaria.

Estrategia	Promover una participación efectiva de la Atención Primaria.
Acciones	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de alternativas a la atención primaria en la ejecución de los programas. • Disminuir el peso de la ejecución de los programas sobre la atención primaria. • Involucrar a atención primaria en la mejora de la educación sobre el CCR, su diagnóstico precoz y prevención. • Promoción las actividades de cooperación en AP tanto en participación como en prevención del CCR. • Promover actividad de atención primaria en los temas de los grupos de alto riesgo.
Amenazas	<ul style="list-style-type: none"> • Desmotivación, desconocimiento, desinterés y escasa educación sanitaria de la población.
Oportunidades	<ul style="list-style-type: none"> • Redefinir el papel de la Atención Primaria dentro de los programas como base de la prevención y de la concienciación de la población. • El cáncer es un asunto prioritario en la población y por ello es una oportunidad difundir el impacto positivo de los programas, así como potenciar la prevención primaria.
Comentario	Resulta una estrategia destinada a la redefinición del papel de la Atención Primaria en los programas y debe considerarse una oportunidad.
Propuesta	Estrategia principal.

Estrategia	Promover la implicación y motivación de los profesionales involucrados en los programas.
Acciones	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivación de los profesionales. • Selección de los profesionales de acuerdo con perfiles competenciales.
Fortalezas	<ul style="list-style-type: none"> • Implicación y motivación de los profesionales.
Comentario	Los profesionales participantes en los programas suelen estar motivados, lo que no es óbice para mejorar en este aspecto.
Propuesta	Propuesta estratégica secundaria.

Propuestas estratégicas no asociadas a debilidades, amenazas, fortalezas u oportunidades incluidas en la Matriz DAFO esencial

Estrategia	Favorecer la participación de la sociedad civil en los programas.
Acciones	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer la participación de la sociedad civil en los programas.
Comentario	Puede ampliarse este aspecto en relación con la colaboración multidisciplinar.
Propuesta	Solo comentar, pero no incluir

Estrategia	Promover el fortalecimiento de los programas de cribado.
Acciones	<ul style="list-style-type: none"> • Promover el fortalecimiento de los programas de cribado.
Comentario	Resulta redundante respecto de otras estrategias.
Propuesta	Solo comentar, pero no incluir.

Estrategia	Promover políticas de incentivación para los profesionales.
Acciones	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar la participación en los programas. • Selección de perfiles con incentivos.
Comentario	ES un aspecto no principal, pero si de interés.
Propuesta	Propuesta estratégica secundaria.

Estrategia	Optimizar la prueba de cribado basada en SOH.
Acciones	<ul style="list-style-type: none"> • Optimizar la prueba de cribado basada en SOH.
Comentario	No ha sido un aspecto priorizado de manera clara por los investigadores como mantenerse como una propuesta estratégica neta, aunque si digna de mención en la discusión.
Propuesta	Solo comentar, pero no incluir.

Estrategia	Promover una adecuada gestión de los pacientes con alto riesgo de CCR.
Acciones	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar las unidades de alto riesgo.
Comentario	Podría mantenerse como propuesta estratégica secundaria refiriéndose a las garantías debidas para los participantes en los programas.
Propuesta	Propuesta estratégica secundaria.

LISTADO DE PROPUESTAS ESTRATÉGICAS PARA VALORACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

Estrategias principales

Estrategias principales	Acciones
<p>Promover un acuerdo nacional que sea base de un plan nacional para el cribado del CCR.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acuerdo nacional para mejorar la descoordinación, variabilidad e inequidades entre CC. AA. • Suscripción de un acuerdo nacional que para la ejecución estandarizada de los programas. • Conseguir que el cribado se incorpore a la cartera de servicios de manera efectiva en todos los ámbitos. • Favorecer la inclusión y unificación de todo tipo de cribado. • Priorizar los programas de cribado como actividad del Sistema Nacional de Salud.
<p>Promover la financiación específica y adecuada de los programas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Incremento presupuestario para los programas. • Circuitos específicos de cribado ajustados a previsiones y con financiación adecuada que permitan además la incorporación de los adecuados recursos humanos. • Mejorar la financiación de los servicios de Salud Pública. • Búsqueda de financiación complementaria para los programas especialmente en investigación e innovación teniendo en cuenta el favorable entorno europeo.
<p>Mejorar la difusión de los programas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la difusión pública, transparente y rápida de los resultados de los programas y su verdadero impacto. • Mejorar la difusión y el conocimiento de los programas en la población. • Incrementar la educación sanitaria en relación con la importancia del CCR y su prevención gracias al cribado. • Mejorar los sistemas de transmisión de la información. • Incorporar a la sociedad civil en los programas para mejorar su difusión.

Mejorar la educación sanitaria de la población	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la educación sanitaria de la población.
Mejorar la participación de la población en los programas.	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar la educación sanitaria para mejorar la participación en los programas. • Realizar campañas para incrementar la participación de la población. • Crear un App del cribado que ayude a la mejora de la difusión, participación y adherencia. • Desarrollar acciones dirigidas a la disminución de la brecha de participación de hombres frente a mujeres. • Incorporar a la sociedad civil en los programas para mejorar la participación en los programas.
Disminuir la inequidad de los programas	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir la inequidad en los programas con especial referencia a la existente en el sesgo de participación por género. • Disminuir la inequidad en los programas con especial referencia a la existente en lo que respecta a la financiación. • Disminuir la inequidad en los programas con especial referencia a la existente entre CC. AA.
Promover el adecuado control de la demanda y de las demoras dentro de los programas de cribado.	<ul style="list-style-type: none"> • Circuitos específicos de cribado ajustados a previsiones y con financiación adecuada que permitan un adecuado control de la demanda y eviten demoras.
Mejorar la adherencia dentro de los programas.	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar la educación sanitaria para mejorar la adherencia dentro de los programas.
Favorecer la estandarización de los programas.	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer la digitalización de los programas. • Circuitos específicos de cribado ajustados a previsiones y con financiación adecuada. • Promover la estandarización del proceso de cribado dentro de un plan nacional.
Adecuar el intervalo de edad del cribado a la evidencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuar el intervalo de edad del cribado a la evidencia.
Potenciar la participación de la enfermería dentro de los programas.	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementar la Importancia del papel de la enfermería y su participación, especialmente en la gestión de casos y como fortalecimiento de la atención primaria.
Promover una participación efectiva de la Atención Primaria.	<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de alternativas a la atención primaria en la ejecución de los programas. • Disminuir el peso de la ejecución de los programas sobre la atención primaria. • Involucrar a atención primaria en la mejora de la educación sobre el CCR, su diagnóstico precoz y prevención. • Promoción las actividades de cooperación en AP tanto en participación como en prevención del CCR.

	<ul style="list-style-type: none">• Promover actividad de atención primaria en los temas de los grupos de alto riesgo.
Promover la calidad de los programas.	<ul style="list-style-type: none">• Favorecer el benchmarking entre CC. AA. y programas.• Incentivar la mejora de resultados de los programas.• Mejorar el control de calidad de los programas.• Mejorar la calidad del proceso de limpieza intestinal.

Propuestas estratégicas secundarias

Propuestas estratégicas secundarias	Acciones
Promover la evaluación de resultados en salud dentro de los programas.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la evaluación de resultados en salud dentro de los programas.
Promover la investigación y la innovación dentro de los programas.	<ul style="list-style-type: none"> • Comprobar impacto y efectividad de los programas. • Promover la investigación sobre el impacto de los programas sobre la supervivencia • Promover la investigación de estudios de evaluación económica. • Desarrollar investigación sobre nuevas pruebas dentro de los programas. • Incorporación de nuevas pruebas de cribado más eficaces. • Investigar sobre la incorporación de la inteligencia artificial a los programas. • Investigar y aplicar nuevas ópticas para la detección de lesiones planas • Promover la investigación y la innovación dentro de los programas con especial referencia a la edad de cribado • Promover la investigación y la innovación dentro de los programas con especial referencia a modelos exploratorios globales de las estrategias de cribado, mediante proyectos que impliquen no solo a Salud Pública, sino especialmente a expertos en patología digestiva. • Promover la investigación y la innovación dentro de los programas con especial referencia a los nuevos modelos de cribado.
Mejorar la formación e información de los profesionales.	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer planes de formación específicos para los profesionales de los programas. • Incrementar la formación de los profesionales sobre el cribado y sus resultados. • Incrementar la transparencia y difusión de los resultados de los programas a los profesionales.
Promover la participación de los profesionales en los programas.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la participación, en general, de los profesionales en los programas. • Promover la participación, incluyendo toma de decisiones en la ejecución y mejoras de los programas, de los profesionales integrados en las unidades de cribado.
Promover la implicación y motivación de los profesionales involucrados en los programas.	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivación de los profesionales. • Selección de los profesionales de acuerdo con perfiles competenciales.
Promover políticas de incentivación para los profesionales.	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar la participación en los programas. • Selección de perfiles con incentivos.
Promover la participación multidisciplinar y de la sociedad civil dentro de los programas.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la colaboración multidisciplinar dentro de los programas específicamente de la atención

	<p>primaria con el resto de los actores involucrados en los programas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promover la colaboración multidisciplinar dentro de los programas, incluyendo la coordinación con el liderazgo natural de la Salud Pública en lo referente a los programas. • Promover la colaboración multidisciplinar dentro de los programas, incluyendo SS. CC. y otras organizaciones. • Favorecer la participación de la sociedad civil en los programas.
Incluir el seguimiento pospolipectomía en los programas.	<ul style="list-style-type: none"> • Incluir el seguimiento pospolipectomía en los programas.

Propuestas estratégicas finalmente no incluidas

Propuestas estratégicas no incluidas	Acciones
Basar los programas en unidades de cribado.	<ul style="list-style-type: none"> • Generalizar la implantación de unidades de cribado que faciliten la creación de circuitos específicos de cribado ajustados a previsiones y con financiación adecuada.
Favorecer la participación de la sociedad civil en los programas.	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer la participación de la sociedad civil en los programas.
Promover el fortalecimiento de los programas de cribado.	<ul style="list-style-type: none"> • Promover el fortalecimiento de los programas de cribado.
Optimizar la prueba de cribado basada en SOH.	<ul style="list-style-type: none"> • Optimizar la prueba de cribado basada en SOH.

LIMITACIONES DE ESTA APROXIMACIÓN

El elaborado listado de propuestas estratégicas para someter a valoración de los investigadores pretende ser una aproximación razonable, basada en los resultados de las etapas anteriores, pero en absoluto un producto definitivo o casi definitivo. De ahí que, como se indicará en la sección que se refiere a la propuesta de continuidad del proyecto, va a ser sometida al juicio de los investigadores para su mejora y posterior aprobación.

Una de las limitaciones a destacar es que ha sido difícil establecer criterios claros de asignación de los calificativos a las estrategias de ofensivas, defensivas, adaptativas y de supervivencia, por lo que se ha optado por una aproximación más inclusiva, describiendo simplemente cuales de las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades guardan relación con cada una de las propuestas estratégicas.

Finalmente, es importante señalar que el análisis DAFO realizado no persigue la confección de un plan estratégico para los programas de cribado, misión que desborda los objetivos de este Libro Blanco. El trabajo de análisis estratégico que se está llevando a cabo es de

diagnóstico para establecer una serie de recomendaciones, a las instituciones que corresponda, basadas, eso sí, en las propuestas estratégicas establecidas.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

En este documento se presenta un listado de 13 estrategias principales respecto de los programas de cribado del cáncer colorrectal (CCR) para ser enviadas a los investigadores para su valoración, mejora y en su caso aprobación. Estas estrategias, fruto del análisis DAFO realizado, son:

- Promover un acuerdo nacional que sea base de un plan nacional para el cribado del CCR.
- Promover la financiación específica y adecuada de los programas.
- Mejorar la difusión de los programas.
- Mejorar la educación sanitaria de la población
- Mejorar la participación de la población en los programas.
- Disminuir la inequidad de los programas
- Promover el adecuado control de la demanda y de las demoras dentro de los programas de cribado.
- Mejorar la adherencia dentro de los programas.
- Favorecer la estandarización de los programas.
- Adecuar el intervalo de edad del cribado a la evidencia.
- Potenciar la participación de la enfermería dentro de los programas.
- Promover una participación efectiva de la Atención Primaria.
- Promover la calidad de los programas.

Junto a ellas se presenta las siguientes 8 propuestas estratégicas secundarias:

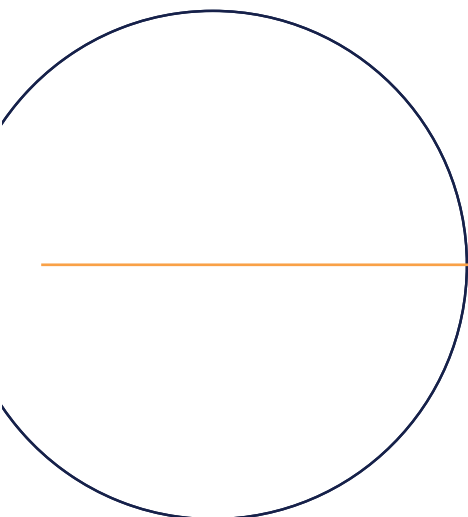
- Promover la evaluación de resultados en salud dentro de los programas.
- Promover la investigación y la innovación dentro de los programas.
- Mejorar la formación e información de los profesionales.
- Promover la participación de los profesionales en los programas.
- Promover la implicación y motivación de los profesionales involucrados en los programas.
- Promover políticas de incentivación para los profesionales.
- Promover la participación multidisciplinar y de la sociedad civil dentro de los programas.
- Incluir el seguimiento pospolipectomía en los programas.

PROPUESTA DE CONTINUIDAD DEL PROYECTO

En la siguiente fase del proyecto se va a someter a aprobación por parte de los investigadores, con las mejoras que en su caso determinen, tanto la composición de la MDE como del listado de propuestas estratégicas que se ha presentado en este informe.

Respecto de la MDE se pedirá opinión y comentarios. En cuanto a las propuestas estratégicas se pedirán los siguientes juicios valorativos:

- Conformidad con la clasificación y redacción de las diferentes propuestas.
- Valoración del grado de pertinencia y relevancia de cada una de ellas.
- Sugerencias de nuevas estrategias, propuestas estratégicas secundarias o acciones estratégicas.



MATERIAL SUPLEMENTARIO

VALORACIÓN MATRIZ DAFO ESENCIAL Y PRO- PUESTAS ESTRATÉGICAS

Material suplementario 10

INFORME DE RESULTADOS DE LA VALORACIÓN HECHA POR LOS INVESTIGADORES SOBRE LA MATRIZ DAFO ESENCIAL Y LAS PROPUESTAS ESTRATÉGICAS

CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO

- Antecedentes.
- Metodología seguida en esta fase
 - a. Valoración de la matriz DAFO esencial (MDE)
 - b. Valoración de las propuestas estratégicas
 - i. Estrategias principales (EA) y propuestas estratégicas secundarias (PES)
 - ii. Acciones estratégicas (AE)
- Resultados de la valoración de la matriz DAFO esencial (MDE)
 - a. Grado de acuerdo con la matriz DAFO esencial (MDE)
 - b. Conformidad con la formulación de cada una de las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades integradas en la matriz DAFO esencial (MDE)
 - c. Comentarios a cada una de las formulaciones DAFO de la matriz DAFO esencial (MDE)
- Resultados de la valoración de las propuestas estratégicas
 - a. Juicio de pertinencia y relevancia de las estrategias principales (ES) y de las propuestas estratégicas secundarias (PES)
 - i. Pertinencia: estrategias principales (EP)
 - ii. Pertinencia: propuestas estratégicas secundarias (PES)
 - iii. Relevancia: estrategias principales (EP)
 - iv. Relevancia propuestas estratégicas secundarias (PES)
 - b. Comentarios de los investigadores a cada una de las estrategias principales (EP) o propuestas estratégicas secundarias (PES)
 - i. Estrategias principales (EP)
 - ii. Propuestas estratégicas secundarias (PES)
 - c. Propuestas adicionales de los investigadores a las estrategias principales (EP) y propuestas estratégicas secundarias (PES)
 - d. Comentarios de los investigadores al conjunto de las estrategias principales (EP) y propuestas estratégicas secundarias (PES)
 - e. Valoración de las acciones estratégicas (AE)
 - i. Conformidad con cada una de las acciones estratégicas (AE) de las estrategias principales (EP)
 - ii. Conformidad con cada una de las acciones estratégicas (AE) de las propuestas estratégicas secundarias (PES)

- iii. Comentarios de los investigadores a las acciones estratégicas (AE) de las estrategias principales (EP)
 - iv. Comentarios de los investigadores a las acciones estratégicas (AE) de las propuestas estratégicas secundarias (PES)
 - f. Propuestas adicionales de los investigadores a las acciones estratégicas (AE)
 - i. Acciones estratégicas (AE) de las estrategias principales (EP)
 - ii. Acciones estratégicas (AE) de las propuestas estratégicas secundarias (PES)
- Análisis de los resultados y propuestas para su integración en el libro blanco.
 - a. Sobre la matriz DAFO
 - b. Sobre las propuestas estratégicas
 - i. Estrategias principales (EP)
 - ii. Propuestas estratégicas secundarias (PES)
 - iii. Acciones estratégicas (AE) de las estrategias principales (EP)
 - iv. Acciones estratégicas (AE) de las propuestas estratégicas secundarias (PES)
- Limitaciones de esta aproximación
- Resumen y conclusiones
 - a. Matriz DAFO esencial (MDE)
 - b. Propuestas estratégicas
 - i. Estrategias principales
 - ii. Propuestas estratégicas secundarias
 - iii. Acciones estratégicas (AE) de las estrategias principales (EP)
 - iv. Acciones estratégicas (AE) de las propuestas estratégicas secundarias (PES)
 - c. Conclusión
- Propuesta de continuidad del proyecto

ANTECEDENTES

En la anterior etapa de este proyecto se construyó su Matriz DAFO Esencial (MDE) y se elaboraron una serie de propuestas estratégicas para ser presentadas a los investigadores.

Tras ello se ha sometido a la consideración de los investigadores, mediante un cuestionario REDCap, tanto la MDE como las propuestas estratégicas, de acuerdo con la metodología que se describe más adelante.

En ese cuestionario se presentaba la siguiente MDE, junto con el promedio de relevancia que se otorgó a cada una de las propuestas por parte de los investigadores en la etapa de construcción de la matriz DAFO original:

Debilidades	Relevancia (Promedio)
D1: Defectos en las estrategias para mejorar la participación y baja adherencia en el seguimiento.	Importancia crucial (4.33)
D2: Dificultades para absorber la demanda con creación de demoras excesivas, agravada por el seguimiento.	Muy importante (4.19)
D3: Información a la población y difusión de los programas insuficientes.	Muy importante (4.04)
D4: Descoordinación, variabilidad e inequidades entre CC. AA.	Muy importante (3.93)
D5: Limitaciones, deficiencias y dificultades en la estandarización y uniformidad de los programas de cribado, incluyendo la exportación automática de los datos epidemiológicos.	Muy importante (3.67)
Amenazas	Relevancia (Promedio)
A1: Falta de participación y adherencia de la población.	Importancia crucial (4.44)
A2: Dificultades para la financiación y de incorporación de recursos humanos.	Importancia crucial (4.37)
A3: Desmotivación, desconocimiento, desinterés y escasa educación sanitaria de la población.	Muy importante (3.85)
Fortalezas	Relevancia (Promedio)
F1: El cribado de CCR se ha introducido en las carteras de servicio de todas las comunidades.	Importancia crucial (4.41)
F2: Implicación y motivación de los profesionales.	Muy importante (4.11)
F3: Calidad científico-técnica de los profesionales y equipamientos.	Muy importante (4.00)
F4: Diseño, solidez, calidad, mejoras y resultados de los programas.	Muy importante (3.89)
F5: Implicación de salud pública.	Muy importante (3.70)
Oportunidades	Relevancia (Promedio)
O1: Existencia de un modelo sanitario público como base de nuestro Sistema Nacional de Salud.	Importancia crucial (4.22)
O2: Redefinir el papel de la Atención Primaria dentro de los programas como base de la prevención y de la concienciación de la población.	Muy importante (3.93)
O3: El cáncer es un asunto prioritario en la población y por ello es una oportunidad difundir el impacto positivo de los programas, así como potenciar la prevención primaria.	Muy importante (3.88)
O4: Aprovechar el potencial de la enfermería en aspectos relevantes para el cribado como la información, la gestión de casos o la adherencia.	Muy importante (3.70)
O5: Ampliación del intervalo de edad para el cribado.	Muy importante (3.63)

En cuanto a las propuestas estratégicas se han presentado un total de 13 estrategias principales (EP) y 8 propuestas estratégicas secundarias (PES). Tanto para las EP como para las PES se desarrolló una propuesta con un total de 64 acciones estratégicas (AE) [39 para las EP y 25 para las PES].

Todas estas propuestas se presentan a continuación, en dos tablas, la primera recoge las EP y sus AE, y la segunda las PES y sus AE.

Estrategias principales		Acciones estratégicas
<p>EP01: Promover un acuerdo nacional que sea base de un plan nacional para el cribado del CCR.</p>		<p>EP01AE01: Acuerdo nacional para mejorar la descoordinación, variabilidad e inequidades entre CC. AA.</p> <p>EP01AE02: Suscripción de un acuerdo nacional que para la ejecución estandarizada de los programas.</p> <p>EP01AE03: Conseguir que el cribado se incorpore a la cartera de servicios de manera efectiva en todos los ámbitos.</p> <p>EP01AE04: Favorecer la inclusión y unificación de todo tipo de cribado.</p> <p>EP01AE05: Priorizar los programas de cribado como actividad del Sistema Nacional de Salud.</p>
<p>EP02: Promover la financiación específica y adecuada de los programas.</p>		<p>EP02AE01: Incremento presupuestario para los programas.</p> <p>EP02AE02: Circuitos específicos de cribado ajustados a previsiones y con financiación adecuada que permitan además la incorporación de los adecuados recursos humanos.</p> <p>EP02AE03: Mejorar la financiación de los servicios de Salud Pública.</p> <p>EP02AE04: Búsqueda de financiación complementaria para los programas especialmente en investigación e innovación teniendo en cuenta el favorable entorno europeo.</p>
<p>EP03: Mejorar la difusión de los programas.</p>		<p>EP03AE01: Promover la difusión pública, transparente y rápida de los resultados de los programas y su verdadero impacto.</p> <p>EP03AE02: Mejorar la difusión y el conocimiento de los programas en la población.</p>

		<p>EP03AE03: Incrementar la educación sanitaria en relación con la importancia del CCR y su prevención gracias al cribado.</p> <p>EP03AE04: Mejorar los sistemas de transmisión de la información.</p> <p>EP03AE05: Incorporar a la sociedad civil en los programas para mejorar su difusión.</p>
EP04: Mejorar la educación sanitaria de la población.		EP04AE01: Mejorar la educación sanitaria de la población.
EP05: Mejorar la participación de la población en los programas.		<p>EP05AE01: Incrementar la educación sanitaria para mejorar la participación en los programas.</p> <p>EP05AE02: Realizar campañas para incrementar la participación de la población.</p> <p>EP05AE03: Crear un App del cribado que ayude a la mejora de la difusión, participación y adherencia.</p> <p>EP05AE04: Desarrollar acciones dirigidas a la disminución de la brecha de participación de hombres frente a mujeres.</p> <p>EP05AE05: Incorporar a la sociedad civil en los programas para mejorar la participación en los programas.</p>
EP06: Disminuir la inequidad de los programas.		<p>EP06AE01: Disminuir la inequidad en los programas con especial referencia a la existente en el sesgo de participación por género.</p> <p>EP06AE02: Disminuir la inequidad en los programas con especial referencia a la existente en lo que respecta a la financiación.</p> <p>EP06AE03: Disminuir la inequidad en los programas con especial referencia a la existente entre CC. AA.</p>
EP07: Promover el adecuado control de la demanda y de las demoras dentro de los programas de cribado.		EP07AE01: Circuitos específicos de cribado ajustados a previsiones y con financiación adecuada que

		<p>permitan un adecuado control de la demanda y eviten demoras.</p>
EP08: Mejorar la adherencia dentro de los programas.		EP08AE01: Incrementar la educación sanitaria para mejorar la adherencia dentro de los programas.
EP09: Favorecer la estandarización de los programas.		<p>EP09AE01: Favorecer la digitalización de los programas.</p> <p>EP09AE02: Circuitos específicos de cribado ajustados a previsiones y con financiación adecuada.</p> <p>EP09AE03: Promover la estandarización del proceso de cribado dentro de un plan nacional.</p>
EP10: Adecuar el intervalo de edad del cribado a la evidencia.		EP10AE01: Adecuar el intervalo de edad del cribado a la evidencia.
EP11: Potenciar la participación de la enfermería dentro de los programas.		EP11AE01: Incrementar la importancia del papel de la enfermería y su participación, especialmente en la gestión de casos y como fortalecimiento de la atención primaria.
EP12: Promover una participación efectiva de la Atención Primaria.		<p>EP12AE01: Búsqueda de alternativas a la atención primaria en la ejecución de los programas.</p> <p>EP12AE02: Disminuir el peso de la ejecución de los programas sobre la atención primaria.</p> <p>EP12AE03: Involucrar a atención primaria en la mejora de la educación sobre el CCR, su diagnóstico precoz y prevención.</p> <p>EP12AE04: Promoción las actividades de cooperación en AP tanto en participación como en prevención del CCR.</p> <p>EP12AE05: Promover actividad de atención primaria en los temas de los grupos de alto riesgo.</p>
EP13: Promover la calidad de los programas.		<p>EP13AE01: Favorecer el benchmarking entre CC. AA. y programas.</p> <p>EP13AE02: Incentivar la mejora de resultados de los programas.</p>

		<p>EP13AE03: Mejorar el control de calidad de los programas.</p> <p>EP13AE04: Mejorar la calidad del proceso de limpieza intestinal.</p>
--	--	--

Propuestas estratégicas secundarias	Acciones estratégicas
PES01: Promover la evaluación de resultados en salud dentro de los programas.	PES01AE01: Promover la evaluación de resultados en salud dentro de los programas.
PES02: Promover la investigación y la innovación dentro de los programas.	<p>PES02AE01: Comprobar impacto y efectividad de los programas.</p> <p>PES02AE02: Promover la investigación sobre el impacto de los programas sobre la supervivencia.</p> <p>PES02AE03: Promover la investigación de estudios de evaluación económica.</p> <p>PES02AE04: Desarrollar investigación sobre nuevas pruebas dentro de los programas.</p> <p>PES02AE05: Incorporación de nuevas pruebas de cribado más eficaces.</p> <p>PES02AE06: Investigar sobre la incorporación de la inteligencia artificial a los programas.</p> <p>PES02AE07: Investigar y aplicar nuevas ópticas para la detección de lesiones planas</p> <p>PES02AE08: Promover la investigación y la innovación dentro de los programas con especial referencia a la edad de cribado</p> <p>PES02AE09: Promover la investigación y la innovación dentro de los programas con especial referencia a modelos exploratorios globales de las estrategias de cribado, mediante proyectos que impliquen no solo a Salud Pública, sino especialmente a expertos en patología digestiva.</p> <p>PES02AE10: Promover la investigación y la innovación dentro de los programas con especial referencia a los nuevos modelos de cribado.</p>
PES03: Mejorar la formación e información de los profesionales.	PES03AE01: Establecer planes de formación específicos para los profesionales de los programas.

	<p>PES03AE02: Incrementar la formación de los profesionales sobre el cribado y sus resultados.</p> <p>PES03AE03: Incrementar la transparencia y difusión de los resultados de los programas a los profesionales.</p>
<p>PES04: Promover la participación de los profesionales en los programas.</p>	<p>PES04AE01: Promover la participación, en general, de los profesionales en los programas.</p> <p>PES04AE02: Promover la participación, incluyendo toma de decisiones en la ejecución y mejoras de los programas, de los profesionales integrados en las unidades de cribado.</p>
<p>PES05: Promover la implicación y motivación de los profesionales involucrados en los programas.</p>	<p>PES05AE01: Incentivación de los profesionales.</p> <p>PES05AE02: Selección de los profesionales de acuerdo con perfiles competenciales.</p>
<p>PES06: Promover políticas de incentivación para los profesionales.</p>	<p>PES06AE01: Incentivar la participación en los programas.</p> <p>PES06AE02: Selección de perfiles con incentivos.</p>
<p>PES07: Promover la participación multidisciplinar y de la sociedad civil dentro de los programas.</p>	<p>PES07AE01: Promover la colaboración multidisciplinar dentro de los programas específicamente de la atención primaria con el resto de los actores involucrados en los programas.</p> <p>PES07AE02: Promover la colaboración multidisciplinar dentro de los programas, incluyendo la coordinación con el liderazgo natural de la Salud Pública en lo referente a los programas.</p> <p>PES07AE03: Promover la colaboración multidisciplinar dentro de los programas, incluyendo SS. CC. y otras organizaciones.</p> <p>PES07AE04: Favorecer la participación de la sociedad civil en los programas.</p>
<p>PES08: Incluir el seguimiento postpolipectomía en los programas.</p>	<p>PES08AE01: Incluir el seguimiento postpolipectomía en los programas.</p>

METODOLOGÍA SEGUIDA EN ESTA FASE

El cuestionario, enviado a los 27 investigadores, se ha dividido en dos partes principales, una dedicada a la MDE y la otra a las propuestas estratégicas presentadas.

Valoración de la matriz DAFO esencial (MDE)

La primera pregunta del cuestionario se refería al grado de acuerdo con la MDE presentada. La pregunta concreta ha sido *¿Cuál es su grado de acuerdo con la matriz DAFO esencial presentada?* Las respuestas posibles eran (entre paréntesis se expresa su equivalente numérico para el análisis):

- Muy en desacuerdo (= 1)
- En desacuerdo (= 2)
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo (= 3)
- De acuerdo (= 4)
- Completamente de acuerdo (= 5)

A efectos de este análisis, además de los porcentajes obtenidos para cada una de las respuestas, se ha asignado una puntuación de 1 a 5 a las diferentes posibilidades (como se acaba de mostrar arriba), siendo 1 igual a muy en desacuerdo y 5 igual a completamente de acuerdo, calculándose el promedio, la moda y la mediana de estos resultados.

Tras esta pregunta inicial se pidió a los investigadores que realizaran, si lo deseaban, un comentario aclaratorio.

A continuación, en el cuestionario se preguntaba la opinión sobre la adecuación de la formulación de cada una de las propuestas contenidas en la MDE, pidiendo que en cada caso contestasen sí, o no. En caso de que el investigador haya dejado en blanco la respuesta, se considera que la respuesta es no sabe o no contesta (NS/NC).

Además, se ha dado la opción de formular comentarios en cada uno de los epígrafes.

Los resultados de estas respuestas se presentan como porcentaje de conformidad, o aprobación, (porcentaje de respuesta "Sí") para cada una de las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades de la matriz.

Valoración de las propuestas estratégicas

Estrategías principales y propuestas estratégicas secundarias

En cada una de 21 propuestas de EP y de PES, se ha pedido una valoración de su pertinencia y de su relevancia, además de dar la posibilidad de realizar comentarios en cada caso. Las respuestas posibles eran (entre paréntesis se expresa su equivalente numérico para el análisis):

- Pertinencia
 - No pertinente (= -1)

- Dudosamente pertinente (= 0)
- Pertinente (= 1)
- Relevancia
 - Casi irrelevante (= 1)
 - Poco importante (= 2)
 - Importancia media (= 3)
 - Muy importante (= 4)
 - Importancia crucial (= 5)

Tras de calcular los promedios de los resultados de pertinencia y de relevancia, se ha considerado cada propuesta estratégica de la siguiente manera:

- Pertinente si su promedio de pertinencia es superior a 0.5 (lo que equivale a que más de la mitad de los investigadores han puntuado como 1, asumiendo que el resto han puntuado 0). El resto de las propuestas deberían considerarse como dudosamente pertinente (valores entre -0.5 y 0.5), o no pertinentes (valores iguales o inferiores a -0.5).
- Respecto de la relevancia el diseño propone excluir de entrada como irrelevantes aquellas cuyo promedio sea $\leq 2,6$, considerando que estas propuestas son poco importantes o casi irrelevantes.
 - Esta división de los promedios en grupos se ha hecho en función del siguiente criterio:
 - Importancia crucial: si promedio de relevancia mayor de 4.20
 - Muy importante: si promedio de relevancia mayor de 3.40 y menor o igual a 4.20.
 - Importancia media: si promedio de relevancia mayor de 2.60 y menor o igual a 3.40.
 - Poco importante: si promedio de relevancia mayor de 1.80 y menor o igual a 2.60.
 - Casi irrelevante: si promedio de relevancia menor o igual a 1.80.

Una vez realizada esta valoración de la pertinencia y relevancia de cada EP y cada PES, se ha ofrecido la posibilidad a los investigadores de añadir nuevas propuestas y de realizar cuantos comentarios considerasen oportunos.

En la fase final de esta fase se ha considerado el conjunto de los resultados obtenidos y valorado una nueva formulación de las diferentes EA o PES. En el caso de fusiones se ha calculado un nuevo promedio de relevancia para la nueva propuesta, sumando los promedios de las propuestas originales y dividiendo por el número de propuestas integradas en la fusión.

Acciones estratégicas

Para cada una de las 64 propuestas de AE se ha pedido la opinión de los investigadores sobre la adecuación de cada una de ellas (Sí/No, [o NS/NC, en caso de no responder]), con la posibilidad de realizar comentarios en cada propuesta. Los resultados se expresan como porcentajes de conformidad (respuesta = “Sí”).

El cuestionario finaliza ofreciendo la posibilidad de proponer nuevas acciones estratégicas tanto para EP como para las PES.

En la fase final de esta fase se ha considerado el conjunto de los resultados obtenidos y valorado una nueva formulación de las diferentes AE de las EP o de las PES. En el caso de fusiones se ha calculado un nuevo promedio de relevancia para la nueva propuesta, sumando los promedios de las propuestas originales y dividiendo por el número de propuestas integradas en la fusión.

RESULTADOS DE LA VALORACIÓN DE LA MATRIZ DAFO ESENCIAL (MDE)

Grado de acuerdo con la matriz DAFO esencial (MDE)

Los 27 investigadores han cumplimentado esta valoración y todos ellos han estado de acuerdo con ella (14 [51.85 %] “completamente de acuerdo y 13 [48.15 %] “de acuerdo”). El promedio de la valoración ha sido de 4.52 sobre 5. Los resultados detallados son los siguientes:

Promedio	4.52	
Mediana	5	
Moda	5	
Muy en desacuerdo (valor = 1) [n/%]	0	0%
En desacuerdo (valor = 2) [n/%]	0	0%
Ni de acuerdo ni en desacuerdo (valor = 3) [n/%]	0	0%
De acuerdo (valor =4) [n/%]	13	48.15%
Completamente de acuerdo [n/%]	14	51.85%
De acuerdo / Completamente de acuerdo [n/%]	27	100%

Los comentarios (literales) realizados por los investigadores sobre la MDE en su conjunto han sido los siguientes:

- Muy bien trabajada
- Globalmente de acuerdo con la importancia asignada a cada uno de los ítems. Recomendaría la revisión de la redacción de alguna de las propuestas.

- Estoy de acuerdo.
- Es muy complejo unificar tantas opiniones.
- Trabajo técnico de elaboración muy bien realizado. Felicidades.
- En líneas generales. coincido con casi todas las amenazas. debilidades. fortalezas y oportunidades que aparecen reflejadas por los panelistas.
- Me parece que está muy bien enfocada con necesidad de algún retoque en redacción.
- Excelente trabajo. especialmente por su enfoque multidisciplinar.
- El resultado global aporta claves de interés.

Conformidad con la formulación de cada una de las debilidades. amenazas. fortalezas y oportunidades integradas en la matriz DAFO esencial (MDE)

El rango de la conformidad de los investigadores con la formulación de las diferentes propuestas DAFO integradas en la MDE ha oscilado entre el 77.78 % y el 100 %, con un promedio de 89.71 %, una mediana de 92.59 % y una moda también de 92.59 %. Los resultados para cada una de las propuestas se presentan en la siguiente tabla.

	Si (n)	Si (%)	No (n)	No (%)	NS/NC (n)	NS/NC (%)
D1	24	88.89%	2	7.41%	1	3.70%
D2	25	92.59%	1	3.70%	1	3.70%
D3	23	85.19%	3	11.11%	1	3.70%
D4	25	92.59%	1	3.70%	1	3.70%
D5	22	81.48%	4	14.81%	1	3.70%
A1	25	92.59%	1	3.70%	1	3.70%
A2	23	85.19%	3	11.11%	1	3.70%
A3	23	85.19%	3	11.11%	1	3.70%
F1	25	92.59%	1	3.70%	1	3.70%
F2	26	96.30%	0	0%	1	3.70%
F3	26	96.30%	0	0%	1	3.70%
F4	23	85.19%	4	14.81%	0	0%
F5	21	77.78%	4	14.81%	2	7.41%
O1	25	92.59%	1	3.70%	1	3.70%
O2	27	100%	0	0%	0	0%
O3	23	85.19%	4	14.81%	0	0%
O4	25	92.59%	2	7.41%	0	0%
O5	25	92.59%	2	7.41%	0	0%
Promedio	24.18	89.54%	2.00	7.41%	0.82	3.05%
Mediana	25	92.59%	2	7.41%	1	3.70%
Moda	25	92.59%	1	3.70%	1	3.70%

A continuación, se presentan estos mismos resultados exclusivamente en cuanto al promedio de conformidad, reproduciendo, en este caso, el texto de cada una de las propuestas DAFO.

Debilidades	Conformidad
D1: Defectos en las estrategias para mejorar la participación y baja adherencia en el seguimiento.	88.89%
D2: Dificultades para absorber la demanda con creación de demoras excesivas, agravada por el seguimiento.	92.59%
D3: Información a la población y difusión de los programas insuficientes.	85.19%
D4: Descoordinación, variabilidad e inequidades entre CC. AA.	92.59%
D5: Limitaciones, deficiencias y dificultades en la estandarización y uniformidad de los programas de cribado, incluyendo la exportación automática de los datos epidemiológicos.	81.48%
Amenazas	Conformidad
A1: Falta de participación y adherencia de la población.	92.59%
A2: Dificultades para la financiación y de incorporación de recursos humanos.	85.19%
A3: Desmotivación, desconocimiento, desinterés y escasa educación sanitaria de la población.	85.19%
Fortalezas	Conformidad
F1: El cribado de CCR se ha introducido en las carteras de servicio de todas las comunidades.	92.59%
F2: Implicación y motivación de los profesionales.	96.30%
F3: Calidad científico-técnica de los profesionales y equipamientos.	96.30%
F4: Diseño, solidez, calidad, mejoras y resultados de los programas.	85.19%
F5: Implicación de salud pública.	77.78%
Oportunidades	Conformidad
O1: Existencia de un modelo sanitario público como base de nuestro Sistema Nacional de Salud.	92.59%
O2: Redefinir el papel de la Atención Primaria dentro de los programas como base de la prevención y de la concienciación de la población.	100.00%
O3: El cáncer es un asunto prioritario en la población y por ello es una oportunidad difundir el impacto positivo de los programas, así como potenciar la prevención primaria.	85.19%
O4: Aprovechar el potencial de la enfermería en aspectos relevantes para el cribado como la información, la gestión de casos o la adherencia.	92.59%
O5: Ampliación del intervalo de edad para el cribado.	92.59%

Comentarios a cada una de las formulaciones DAFO de la matriz DAFO esencial (MDE)

Debilidades	Comentarios
D1: Defectos en las estrategias para mejorar la participación y baja adherencia en el seguimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendaría sustituir "defectos" por "déficits". • La palabra "defecto" en relación a estrategias, no creo sea la más adecuada. Necesidad de reorientar las estrategias.... • Puntos débiles en las estrategias para mejorar la participación y baja adherencia del seguimiento. • ¿Añadir un "la" delante de baja?
D2: Dificultades para absorber la demanda con creación de demoras excesivas, agravada por el seguimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Recomiendo modificar la redacción de "creación de demoras excesivas": recomendaría "dificultad para atender la demanda de colonoscopias tanto en diagnóstico como en seguimiento". • Los pacientes no están recibiendo la carta de participación en el programa ni de seguimiento. • Es correcta, pero yo pondría tiempos de espera excesivos en lugar de demoras excesivas. • Considero que debería ser Importancia Crucial.
D3: Información a la población y difusión de los programas insuficientes.	<ul style="list-style-type: none"> • "Déficits en la información a la población..." para adecuarlo a la redacción del resto de debilidades. • Información y difusión del programa entre la población insuficientes • La información orientada a la epidemiología de la enfermedad y estrategias de prevención. Incidir también en prevención primaria (factores de riesgo). • Yo pondría información y difusión insuficientes de los programas dirigidos a la población. • Insuficiente información y difusión de los programas a la población. • Insuficiente información y difusión de los programas de cribado a la población. • Aunque con gran variabilidad.
D4: Descoordinación, variabilidad e inequidades entre CC. AA.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Quizás se podría matizar donde hay esa descoordinación? • Las debilidades 4 y 5 hacen referencia a la misma deficiencia. Solo la referencia a la dificultad para el acceso a los datos es diferente

	<p>entre ambos ítems. Añadir a la debilidad 4 "descoordinación, variabilidad e inequidades entre los programas de cribado de las diferentes CCAA".</p> <ul style="list-style-type: none"> Desconozco si hay descoordinación, variabilidad e inequidades. Cataluña, País Vasco, Valencia, Asturias... trabajamos muy bien y la información fluye. Voto que si para mejorar este aspecto que siempre es mejorable. Me parece muy oportuna porque la España de dos o más velocidades ya muy acusada en Sanidad. Muy relevante.
D5: Limitaciones, deficiencias y dificultades en la estandarización y uniformidad de los programas de cribado, incluyendo la exportación automática de los datos epidemiológicos.	<ul style="list-style-type: none"> ¿Datos epidemiológicos o resultados del programa? Como continuación del comentario de la propuesta previa: dejaría en la debilidad 5 el escaso acceso a los datos del programa por las partes interesadas. En nuestro contexto hay estandarización y uniformidad, pero entiendo que a nivel estatal hay mucho camino por recorrer. No sólo exportación automática, sino recogida de datos y exportación. Creo que es redundante con la previa. Recomiendo fusionar ambas debilidades. Aspecto crucial de cara a análisis comparativos y benchmarking de mejor.
Amenazas	Comentarios
A1: Falta de participación y adherencia de la población.	<ul style="list-style-type: none"> Estoy de acuerdo con el fondo, pero creo que la palabra "adherencia" no es adecuada. Recomiendo "Escasa participación de la población". Tenemos una participación y adherencias muy altas en nuestro entorno. Pero siempre se puede mejorar. Cierto, aunque...
A2: Dificultades para la financiación y de incorporación de recursos humanos.	<ul style="list-style-type: none"> Valorar si también pudiera haber falta de RR. MM. y no solo de RR. HH. Dificultades para la financiación y para la incorporación de recursos humanos. Muy importante también. Dificultades en la reunión de recursos económicos y humanos.

	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultades para la financiación y para la incorporación de recursos humanos. • Siendo ciertas las dificultades, debe en todo caso priorizar esta actividad frente a otras con menor ganancia salud en la población.
A3: Desmotivación, desconocimiento, desinterés y escasa educación sanitaria de la población.	<ul style="list-style-type: none"> • No sé si procede usar la palabra desmotivación. • No creo que desmotivación y desinterés sean aplicables. Escasa información o educación sanitaria de la población son adecuados. • Entiendo el ítem redactado en términos demasiado "contundentes", creo que la población va mejorando en interés y educación sanitaria.
Fortalezas	Comentarios
F1: El cribado de CCR se ha introducido en las carteras de servicio de todas las comunidades.	<ul style="list-style-type: none"> • Recomiendo modificar "se ha introducido" por "forma parte". • Si esto es así, esta formulación me sobraría, porque se habría solucionado un problema.
F2: Implicación y motivación de los profesionales.	<ul style="list-style-type: none"> • Aunque estemos implicados si la cadena no funciona el paciente se pierde. • Absolutamente relevante.
F3: Calidad científico-técnica de los profesionales y equipamientos.	
F4: Diseño, solidez, calidad, mejoras y resultados de los programas.	<ul style="list-style-type: none"> • No creo que deban incluirse "mejoras" ni "resultados". • Diseño, calidad, solidez, resultados y mejoras de los programas.
F5: Implicación de salud pública.	<ul style="list-style-type: none"> • Salud pública como concepto de que se elaboren estrategias de prevención sí, pero si se menciona como dirección de una consejería que deba asumir el programa, no lo tengo tan claro. Donde haya oficinas de coordinación oncológica, por ejemplo, no tendría que funcionar peor, ¿no? • No hay duda de que la implicación de Salud Pública es imprescindible, pero creo que es más una oportunidad que una fortaleza. Creo que su implicación es muy variable en las diferentes CCAA (inexistente en algunas). • En relación al punto que destaca "Implicación de Salud Pública" debería cambiarse a "Implicación de las Consejerías de Sanidad" son realmente los gestores de los programas, de quienes dependen los recursos, y quienes trasladan a los profesionales las líneas estratégicas que desplegar. • No en todas las comunidades existe implicación de Salud Pública o Epidemiología. • Si en alguna CC.AA. el programa se llevara a cabo desde otra entidad (tipo oficina de coordinación oncológica o similar) sin la

	<p>participación de salud pública, tampoco creo que sea algo malo en sí mismo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fundamental.
Oportunidades	Comentarios
O1: Existencia de un modelo sanitario público como base de nuestro Sistema Nacional de Salud.	<ul style="list-style-type: none"> • A mi juicio, sobra. Ya es un hecho que la Sanidad española se sustenta en un modelo público. Me parece que en estos momentos la formulación podría tener una carga ideológica. • Es también una fortaleza. • Fundamental.
O2: Redefinir el papel de la Atención Primaria dentro de los programas como base de la prevención y de la concienciación de la población.	<ul style="list-style-type: none"> • Pero modificando la redacción: potencial para una mayor participación de la Atención Primaria.... • Las estrategias deben ser poblacionales con medios de divulgación poblacional. La primaria siempre será oportunística y, en este contexto, se debe redefinir su papel. • Ojalá ocurra. Siempre se dice y luego no se hace. • Ligado al punto anterior, si la Consejería en sí no se implica, cada ámbito asistencial no va alineado. • ¿Y añadir de la educación sanitaria también? • Absolutamente prioritario.
O3: El cáncer es un asunto prioritario en la población y por ello es una oportunidad difundir el impacto positivo de los programas, así como potenciar la prevención primaria.	<ul style="list-style-type: none"> • El interés y la preocupación de la población por el cáncer es una oportunidad.... • Es clave para incentivar a la población a participar en los programas y anticiparse al riesgo. • Potenciar la prevención primaria y difundir el impacto positivo de los programas es prioritario en la población... • ... y por ello es una gran oportunidad poder difundir ... la prevención...
O4: Aprovechar el potencial de la enfermería en aspectos relevantes para el cribado como la información, la gestión de casos o la adherencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Nuevamente: potencial para una mayor participación del personal de enfermería. • Este es un punto esencial. • Es clave dar más papel a la enfermería en estos momentos de crisis de los recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud. • Papel fundamental de la enfermería en el cribado información, adherencia y gestión de casos.

	<ul style="list-style-type: none"> • Papel fundamental de la enfermería en la información, cribado, adherencia y gestión de casos. • Comenzar la redacción con "se debe".
O5: Ampliación del intervalo de edad para el cribado.	<ul style="list-style-type: none"> • Añadiría: potencial para la mejora de los resultados del programa mediante la ampliación... • Es posible, pero siempre bajo el criterio y el consenso científicos. • Añadiría en los intervalos recomendados por la evidencia científica.

VALORACIÓN DE LAS PROPUESTAS ESTRATÉGICAS

Juicio de pertinencia y relevancia de las estrategias principales (ES) y de las propuestas estratégicas secundarias (PES)

Pertinencia: estrategias principales (EP)

Los resultados de las respuestas (Pertinente = P / Dudosamente Pertinente = DP / No pertinente = NP) obtenidos en la valoración de la pertinencia de las EP son los siguientes, expresados como número (n) y porcentaje (%) de investigadores en cada una de las respuestas posibles:

	P (n)	P (%)	DP (n)	DP (%)	NP (n)	NP (%)	NS/NC (n)	NS/NC (%)
EP01	25	92.59%	1	3.70%	0	0%	1	3.70%
EP02	26	96.30%	0	0%	0	0%	1	3.70%
EP03	26	96.30%	0	0%	0	0%	1	3.70%
EP04	26	96.30%	0	0%	0	0%	1	3.70%
EP05	26	96.30%	0	0%	0	0%	1	3.70%
EP06	26	96.30%	0	0%	0	0%	1	3.70%
EP07	25	92.59%	1	3.70%	0	0%	1	3.70%
EP08	24	88.89%	0	0%	2	7.41%	1	3.70%
EP09	25	92.59%	1	3.70%	0	0%	1	3.70%
EP10	24	88.89%	2	7.41%	0	0%	1	3.70%
EP11	26	96.30%	0	0%	0	0%	1	3.70%
EP12	25	92.59%	0	0%	1	3.70%	1	3.70%
EP13	24	88.89%	0	0%	1	3.70%	2	7.41%

Todas las EP superaron el nivel del corte marcado para el promedio de pertinencia (≥ 0.5), con un límite inferior de 0.85 y superior de 1 (promedio conjunto de 0,96). En todos los casos la moda y la mediana fueron 1. Los resultados del promedio de pertinencia, moda y mediana, para cada una de las EP, se muestran a continuación:

	Promedio pertinencia	Moda pertinencia	Mediana pertinencia
EP01: Promover un acuerdo nacional que sea base de un plan nacional para el cribado del CCR.	0.96	1	1
EP02: Promover la financiación específica y adecuada de los programas.	1.00	1	1
EP03: Mejorar la difusión de los programas.	1.00	1	1
EP04: Mejorar la educación sanitaria de la población.	1.00	1	1
EP05: Mejorar la participación de la población en los programas.	1.00	1	1
EP06: Disminuir la inequidad de los programas.	1.00	1	1
EP07: Promover el adecuado control de la demanda y de las demoras dentro de los programas de cribado.	0.96	1	1
EP08: Mejorar la adherencia dentro de los programas.	0.85	1	1
EP09: Favorecer la estandarización de los programas.	0.96	1	1
EP10: Adecuar el intervalo de edad del cribado a la evidencia.	0.92	1	1
EP11: Potenciar la participación de la enfermería dentro de los programas.	1.00	1	1
EP12: Promover una participación efectiva de la Atención Primaria.	0.92	1	1
EP13: Promover la calidad de los programas.	0.92	1	1
Promedio conjunto de pertinencia de las EP	0.96		

Pertinencia: propuestas estratégicas secundarias (PES)

Los resultados de las respuestas (Pertinente = P / Dudosamente Pertinente = DP / No pertinente = NP), obtenidos en la valoración de la pertinencia de las PES, son los siguientes, expresados como número (n) y porcentaje (%) de investigadores en cada una de las respuestas posibles:

	P (n)	P (%)	DP (n)	DP (%)	NP (n)	NP (%)	NS/NC (n)	NS/NC (%)
PES01	23	85.19%	3	11.11%	0	0.00%	1	3.70%
PES02	24	88.89%	2	7.41%	0	0.00%	1	3.70%
PES03	26	96.30%	0	0%	0	0.00%	1	3.70%
PES04	22	81.48%	3	11.11%	1	3.70%	1	3.70%
PES05	24	88.89%	2	7.41%	0	0.00%	1	3.70%
PES06	17	62.96%	8	29.63%	1	3.70%	1	3.70%
PES07	20	74.07%	6	22.22%	0	0.00%	1	3.70%
PES08	25	92.59%	1	3.70%	0	0.00%	1	3.70%

También todas las PES superaron el nivel del corte marcado para el promedio de pertinencia (≥ 0.5), con un límite inferior de 0.62 y superior de 0.96 (promedio conjunto = 0.86). En todos los casos las modas y mediana fueron 1. Los resultados del promedio de pertinencia, la moda y la mediana, para cada una de las PES, se muestran a continuación:

	Promedio pertinencia	Moda pertinencia	Mediana pertinencia
PES01: Promover la evaluación de resultados en salud dentro de los programas.	0.88	1	1
PES02: Promover la investigación y la innovación dentro de los programas.	0.92	1	1
PES03: Mejorar la formación e información de los profesionales.	1.00	1	1
PES04: Promover la participación de los profesionales en los programas.	0.81	1	1
PES05: Promover la implicación y motivación de los profesionales involucrados en los programas.	0.92	1	1
PES06: Promover políticas de incentivación para los profesionales.	0.62	1	1
PES07: Promover la participación multidisciplinar y de la sociedad civil dentro de los programas.	0.77	1	1
PES08: Incluir el seguimiento postpolipectomía en los programas.	0.96	1	1
Promedio conjunto de pertinencia de las PES	0.86		

Relevancia: estrategias principales (EP)

Los resultados de las respuestas (Importancia crucial = IC [= 5] / Muy importante = MI [= 4] / Importancia media = IM [= 3] / Poco importante = PI [= 2] / Casi irrelevante = CI [= 1]), obtenidos en la valoración de la relevancia de las EP son los siguientes, expresados como número (n) y porcentaje (%) de investigadores en cada una de las respuestas posibles:

	IC (n)	IC (%)	MI (n)	MI (%)	IM (n)	IM (%)	PI (n)	PI (%)	CI (n)	CI (%)	NS/NC (n)	NS/NC (%)
EP0 1	13	48.15 %	10	37.04 %	3	11.11%	0	0%	0	0%	1	3.70%
EP0 2	13	48.15 %	12	44.44 %	0	0%	1	3.70 %	0	0%	1	3.70%
EP0 3	15	55.56 %	9	33.33 %	2	7.41%	0	0%	0	0%	1	3.70%
EP0 4	9	33.33 %	13	48.15 %	4	14.81 %	0	0%	0	0%	1	3.70%
EP0 5	16	59.26 %	10	37.04 %	0	0%	0	0%	0	0%	1	3.70%
EP0 6	7	25.93 %	18	66.67 %	1	3.70%	0	0%	0	0%	1	3.70%
EP0 7	7	25.93 %	16	59.26 %	3	11.11%	0	0%	0	0%	1	3.70%
EP0 8	9	33.33 %	14	51.85 %	1	3.70%	1	3.70 %	0	0%	2	7.41%
EP0 9	3	11.11%	19	70.37 %	4	14.81 %	0	0%	0	0%	1	3.70%
EP1 0	8	29.63 %	16	59.26 %	2	7.41%	0	0%	0	0%	1	3.70%
EP1 1	4	14.81 %	14	51.85 %	7	25.93 %	0	0%	1	3.70 %	1	3.70%

EP1 2	7	25.93 %	16	59.26 %	3	11.11%	0	0%	0	0%	1	3.70%
EP1 3	8	29.63 %	16	59.26 %	1	3.70%	1	3.70 %	0	0%	1	3.70%

Todas las EP superaron el nivel del corte marcado para el promedio de relevancia (≥ 2.5), con un límite inferior de 3.77 y superior de 4.62 (promedio conjunto = 4.23), siendo de hecho clasificadas como muy importantes o de importancia crucial; ninguna fue valorada de acuerdo con su promedio como de importancia media, poco importante o casi irrelevante. Los resultados del promedio de relevancia (con su equivalente en la clasificación por clases), junto a los de las modas y medianas, se muestran a continuación, para cada una de las EP:

	Promedio relevancia	Equivalente relevancia	Moda relevancia	Mediana relevancia
EP01: Promover un acuerdo nacional que sea base de un plan nacional para el cribado del CCR.	4.38	Importancia crucial	5	4.5
EP02: Promover la financiación específica y adecuada de los programas.	4.42	Importancia crucial	5	4.5
EP03: Mejorar la difusión de los programas.	4.50	Importancia crucial	5	5
EP04: Mejorar la educación sanitaria de la población.	4.19	Muy importante	4	4
EP05: Mejorar la participación de la población en los programas.	4.62	Importancia crucial	5	5
EP06: Disminuir la inequidad de los programas.	4.23	Importancia crucial	4	4
EP07: Promover el adecuado control de la demanda y de las demoras dentro de los programas de cribado.	4.15	Muy importante	4	4
EP08: Mejorar la adherencia dentro de los programas.	4.24	Importancia crucial	4	4
EP09: Favorecer la estandarización de los programas.	3.96	Muy importante	4	4
EP10: Adecuar el intervalo de edad del cribado a la evidencia.	4.23	Importancia crucial	4	4
EP11: Potenciar la participación de la enfermería dentro de los programas.	3.77	Muy importante	4	4
EP12: Promover una participación efectiva de la Atención Primaria.	4.15	Muy importante	4	4
EP13: Promover la calidad de los programas.	4.19	Muy importante	4	4
Promedio conjunto de relevancia de las EP	4.23			

Relevancia: propuestas estratégicas secundarias (PES)

Los resultados de las respuestas (Importancia crucial = IC [= 5] / Muy importante = MI [= 4] / Importancia media = IM [= 3] / Poco importante = PI [= 2] / Casi irrelevante = CI [= 1])

obtenidos en la valoración de la relevancia de las PES son los siguientes, expresados como número (n) y porcentaje (%) de investigadores en cada una de las respuestas posibles:

	IC (n)	ICI (%)	MI (n)	MI (%)	IM (n)	IM (%)	PI (n)	PI (%)	CI (n)	CI (%)	NS/NC (n)	NS/NC (%)
PES01	6	22.22 %	15	55.56 %	3	11.11%	2	7.41%	0	0%	1	3.70%
PES02	3	11.11%	14	51.85 %	8	29.63 %	1	3.70%	0	0%	1	3.70%
PES03	5	18.52 %	15	55.56 %	6	22.22 %	0	0%	0	0%	1	3.70%
PES04	5	18.52 %	13	48.15 %	5	18.52 %	1	3.70%	0	0%	3	11.11%
PES05	6	22.22 %	15	55.56 %	4	14.81 %	1	3.70%	0	0%	1	3.70%
PES06	3	11.11%	10	37.04 %	7	25.93 %	5	18.52 %	0	0%	2	7.41%
PES07	1	3.70%	9	33.33 %	12	44.44 %	3	11.11 %	0	0%	2	7.41%
PES08	9	33.33 %	12	44.44 %	4	14.81 %	1	3.70%	0	0%	1	3.70%

También todas las PES superaron el nivel del corte marcado para el promedio de relevancia (≥ 2.5), con un límite inferior de 3.32 y superior de 4.12 (promedio conjunto = 3.81). En este caso una de las PES fue calificada como de importancia media, mientras el resto se clasificaron como muy importante. Los resultados del promedio de relevancia (con su equivalente en la clasificación por clases), junto a los de las modas y medianas, se muestran a continuación, para cada una de las PES:

	Promedio relevancia	Equivalente relevancia	Moda relevancia	Mediana relevancia
PES01: Promover la evaluación de resultados en salud dentro de los programas.	3.96	Muy importante	4	4
PES02: Promover la investigación y la innovación dentro de los programas.	3.73	Muy importante	4	4
PES03: Mejorar la formación e información de los profesionales.	3.96	Muy importante	4	4
PES04: Promover la participación de los profesionales en los programas.	3.92	Muy importante	4	4
PES05: Promover la implicación y motivación de los profesionales involucrados en los programas.	4.00	Muy importante	4	4
PES06: Promover políticas de incentiviación para los profesionales.	3.44	Muy importante	4	4
PES07: Promover la participación multidisciplinar y de la sociedad civil dentro de los programas.	3.32	Importancia media	3	3
PES08: Incluir el seguimiento postpolipectomía en los programas.	4.12	Muy importante	4	4

Promedio conjunto de relevancia de las PES	3.81
--	------

Comentarios de los investigadores a cada una de las estrategias principales (EP) y propuestas estratégicas secundarias (PES)

Estrategias principales (EP)

Estrategias principales	Comentarios
EP01: Promover un acuerdo nacional que sea base de un plan nacional para el cribado del CCR.	<ul style="list-style-type: none"> • Acuerdo de "base" o "elementos mínimos necesarios". • ¿Un acuerdo de qué tipo entre que agentes? El cribado de CCR forma parte de las políticas de Salud en España con rango ministerial y publicado en el correspondiente BOE. No entiendo qué es lo que se pretende conseguir con esta medida.
EP02: Promover la financiación específica y adecuada de los programas.	
EP03: Mejorar la difusión de los programas.	<ul style="list-style-type: none"> • Para mí es más importante la difusión/educación sanitaria poblacional mediante medios de comunicación masivos que no la difusión de los programas, que creo que deben estar orientados a la población diana y con mensajes específicos.
EP04: Mejorar la educación sanitaria de la población.	<ul style="list-style-type: none"> • La difusión/educación sanitaria debe ser poblacional mediante medios de comunicación masivos. En caso de ser oportunistos deben ser sobre población diana y con mensajes específicos. • Importancia media en lo referente al documento actual sobre cribado. Importancia crucial en otros documentos relacionados con la salud de la población. • Siendo pertinente e importante, lo es como en todo en general en salud pública con lo que competiría con el resto de las acciones que ya se están realizando. El reto sería diferenciarlo respecto a otras acciones para llegar a la población general.
EP05: Mejorar la participación de la población en los programas.	
EP06: Disminuir la inequidad de los programas.	<ul style="list-style-type: none"> • No entiendo bien la estrategia. Debe evitarse inequidades en la participación a los programas. No debería haber inequidad entre los programas a no ser que la base sea una distinta financiación de los programas que generen inequidad. • En los programas poblacionales la equidad es uno de sus pilares, por tanto, lo que quedaría pendiente es abordar la atención de grupos vulnerables pues la inequidad está considerada.
EP07: Promover el adecuado control de la demanda y de las demoras	<ul style="list-style-type: none"> • No entiendo la formulación: "promover el adecuado control de la demanda". La demanda la generan las direcciones de salud pública mediante la invitación a participar en los programas y tiene al menos dos niveles: demanda de realización de test de SOH y demanda de

dentro de los programas de cribado.	colonoscopias en aquellos con SOH positiva. Entiendo que a lo que se refiere este punto es a la espera media razonable para la realización de la colonoscopia en aquellas personas con una SOH positiva y que exista un umbral máximo aceptable universal (quizás <60 días). Pero si es esto lo que se pretende habría que reformular la redacción.
EP08: Mejorar la adherencia dentro de los programas.	<ul style="list-style-type: none"> • El término "adherencia" no es adecuado. Ya incluido en EP05. • Actualmente la adherencia es alta. Debería especificarse la mejora. • Redundante. • Definir a qué se hace referencia con "adherencia dentro de los programas": podría indicar en el seguimiento de los pacientes de las recomendaciones o en el seguimiento de los programas de las recomendaciones.
EP09: Favorecer la estandarización de los programas.	<ul style="list-style-type: none"> • Depende de qué agentes establecieran el estándar me parecería más pertinente o no.
EP10: Adecuar el intervalo de edad del cribado a la evidencia.	<ul style="list-style-type: none"> • La frase en sí es ambigua y aspiracional. Tendría sentido si fuese: Ampliar el intervalo de edad del cribado a las personas de 70-75 años (por ejemplo).
EP11: Potenciar la participación de la enfermería dentro de los programas.	
EP12: Promover una participación efectiva de la Atención Primaria.	
EP13: Promover la calidad de los programas.	<ul style="list-style-type: none"> • Estamos sugiriendo que los programas de cribado de las CCAA no reúnen los criterios de calidad ni cuentan con un seguimiento cualitativo y cuantitativo de métricas de calidad. Dudo que sea el caso.

Propuestas estratégicas secundarias (PES)

Propuestas estratégicas secundarias	Comentarios
PES01: Promover la evaluación de resultados en salud dentro de los programas.	<ul style="list-style-type: none"> • No conozco al detalle los programas de todas las CCAA, pero de las que conozco esto ya se está haciendo.
PES02: Promover la investigación y la innovación dentro de los programas.	<ul style="list-style-type: none"> • Poco importante en el sentido de que ya se estará haciendo.
PES03: Mejorar la formación e información de los profesionales.	

<p>PES04: Promover la participación de los profesionales en los programas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> No queda claro a qué se refiere con la participación de los profesionales. Los programas son públicos por lo que los profesionales se incorporan obligatoriamente en la medida en que quede definida en los protocolos. De los diferentes estamentos implicados en los programas. Está comprendido en el siguiente. La participación es "obligatoria" para los profesionales públicos. Si se incluye debe definirse mejor a qué se refiere.
<p>PES05: Promover la implicación y motivación de los profesionales involucrados en los programas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Pero debe definirse mejor a qué se hace referencia con "implicación". Poco importante en el sentido de que ya se estará haciendo.
<p>PES06: Promover políticas de incentivación para los profesionales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Si se incluye esta recomendación debe definirse qué tipo de incentivos y con qué objetivos. Debería ser nuestro trabajo y si se aborda de forma efectiva el beneficio se proyecta en la unidad. Redundante. El mayor incentivo profesional son los propios resultados del programa. La redacción es confusa: ¿incentivar a qué profesionales y por qué acciones?
<p>PES07: Promover la participación multidisciplinar y de la sociedad civil dentro de los programas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> No queda claro el concepto de "multidisciplinar" cuando se hace referencia a la sociedad civil.
<p>PES08: Incluir el seguimiento pos-polipectomía en los programas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Permite uso más eficiente del limitado recurso colonoscopia.

Propuestas adicionales de los investigadores a las estrategias principales (EP) y propuestas estratégicas secundarias (PES)

Los investigadores han realizado las siguientes aportaciones, en respuesta a la pregunta "¿Desea añadir alguna estrategia principal o propuesta estratégica secundaria adicional?":

- Campañas de divulgación en medios de comunicación masivos sobre la importancia del CCR y su prevención.
- Sería necesario involucrar a todos los partidos y a todas las autonomías en el seno del Consejo Interterritorial de Salud. Un acuerdo en este foro de máxima coordinación sanitaria autonomía permitiría pulir inequidades y da un espaldarazo nacional a los programas, con repercusión mediática.

- Promover la mejora de los sistemas de información que garanticen una recogida de datos independientemente del sistema de aseguramiento para conocer realmente la cobertura de los programas.
- Implicar a las farmacias comunitarias, como ya se hace en algunas CC. AA.

Comentarios de los investigadores al conjunto de las estrategias principales (EP) y propuestas estratégicas secundarias (PES)

Los investigadores han realizado los siguientes comentarios, en respuesta a la pregunta “¿Desea hacer algún comentario general sobre las estrategias principales o las propuestas estratégicas secundarias?”:

- Es fundamental que la base de datos de las comunidades esté correcta y que se envíen las cartas puntualmente según intervalo de edad. Tiene que haber un teléfono de acceso al programa para profesionales y pacientes en que puedan dar los datos de las personas que no han recibido la invitación al programa.
- El seguimiento pos-polipectomía también puede desarrollarse en atención primaria si se dispone de un sistema informático de seguimiento adecuado. Si no, mejor realizarlo desde el programa con información a atención primaria.
- En líneas generales, son todas necesarias para la mejora de la efectividad de los programas.
- Uno de los puntos de la MDE incluye la petición de exportación automática de los datos epidemiológicos, que no queda reflejado en ninguna de las estrategias descritas. No sé si se incluyen esta petición en EP09.

Valoración de las acciones estratégicas (AE)

Conformidad con cada una de las acciones estratégicas (AE) de las estrategias principales (EP)

El rango de la conformidad de los investigadores con la formulación de las diferentes acciones estratégicas (AE) incluidas en las diferentes EP ha oscilado entre el 55.56 % y el 96.30 %. con un promedio de 86.89 %, una mediana de 88.89 % y una moda de 92.59 %. Los resultados para cada una de las propuestas se presentan en la siguiente tabla:

	Si (n)	Si (%)	No (n)	No (%)	NS/NC (n)	NS/NC (%)
EP01AE01	25	92.59%	1	3.70%	1	3.70%
EP01AE02	23	85.19%	3	11.11%	1	3.70%
EP01AE03	23	85.19%	3	11.11%	1	3.70%
EP01AE04	23	85.19%	3	11.11%	1	3.70%
EP01AE05	22	81.48%	3	11.11%	2	7.41%
EP02AE01	25	92.59%	1	3.70%	1	3.70%
EP02AE02	24	88.89%	2	7.41%	1	3.70%
EP02AE03	23	85.19%	2	7.41%	2	7.41%
EP02AE04	25	92.59%	1	3.70%	1	3.70%
EP03AE01	26	96.30%	0	0%	1	3.70%
EP03AE02	26	96.30%	0	0%	1	3.70%
EP03AE03	26	96.30%	0	0%	1	3.70%
EP03AE04	23	85.19%	3	11.11%	1	3.70%
EP03AE05	24	88.89%	2	7.41%	1	3.70%
EP04AE01	24	88.89%	1	3.70%	2	7.41%
EP05AE01	22	81.48%	3	11.11%	2	7.41%
EP05AE02	26	96.30%	0	0%	1	3.70%
EP05AE03	20	74.07%	6	22.22%	1	3.70%
EP05AE04	24	88.89%	1	3.70%	2	7.41%
EP05AE05	23	85.19%	3	11.11%	1	3.70%
EP06AE01	20	74.07%	6	22.22%	1	3.70%
EP06AE02	26	96.30%	0	0%	1	3.70%
EP06AE03	25	92.59%	1	3.70%	1	3.70%
EP07AE01	25	92.59%	0	0%	2	7.41%
EP08AE01	23	85.19%	3	11.11%	1	3.70%
EP09AE01	24	88.89%	2	7.41%	1	3.70%
EP09AE02	24	88.89%	1	3.70%	2	7.41%
EP09AE03	25	92.59%	1	3.70%	1	3.70%
EP10AE01	25	92.59%	1	3.70%	1	3.70%
EP11AE01	26	96.30%	0	0%	1	3.70%
EP12AE01	16	59.26%	10	37.04%	1	3.70%
EP12AE02	15	55.56%	11	40.74%	1	3.70%
EP12AE03	24	88.89%	2	7.41%	1	3.70%
EP12AE04	25	92.59%	1	3.70%	1	3.70%
EP12AE05	21	77.78%	5	18.52%	1	3.70%
EP13AE01	25	92.59%	1	3.70%	1	3.70%

EP13AE02	21	77.78%	4	14.81%	2	7.41%
EP13AE03	25	92.59%	1	3.70%	1	3.70%
EP13AE04	24	88.89%	2	7.41%	1	3.70%
Promedio	23.46	86.89%	2.32	8.61%	1.22	4.50%
Mediana	24	88.89%	2	7.41%	1	3.70%
Moda	25	92.59%	1	3.70%	1	3.70%

A continuación, se presentan estos mismos resultados en cuanto al promedio de conformidad de las AE en cada una de las EP, reproduciendo, en este caso, el texto de cada una de las propuestas estratégicas.

Clave	Estrategia principal	Acción estratégica	Conformidad (%)
EP01AE01	Promover un acuerdo nacional que sea base de un plan nacional para el cribado del CCR.	Acuerdo nacional para mejorar la descoordinación, variabilidad e inequidades entre CC. AA.	92.59%
EP01AE02	Promover un acuerdo nacional que sea base de un plan nacional para el cribado del CCR.	Suscripción de un acuerdo nacional que para la ejecución estandarizada de los programas.	85.19%
EP01AE03	Promover un acuerdo nacional que sea base de un plan nacional para el cribado del CCR.	Conseguir que el cribado se incorpore a la cartera de servicios de manera efectiva en todos los ámbitos.	85.19%
EP01AE04	Promover un acuerdo nacional que sea base de un plan nacional para el cribado del CCR.	Favorecer la inclusión y unificación de todo tipo de cribado.	85.19%
EP01AE05	Promover un acuerdo nacional que sea base de un plan nacional para el cribado del CCR.	Priorizar los programas de cribado como actividad del Sistema Nacional de Salud.	81.48%
EP02AE01	Promover la financiación específica y adecuada de los programas.	Incremento presupuestario para los programas.	92.59%
EP02AE02	Promover la financiación específica y adecuada de los programas.	Circuitos específicos de cribado ajustados a previsiones y con financiación adecuada que permitan además la incorporación de los adecuados recursos humanos.	88.89%
EP02AE03	Promover la financiación específica y adecuada de los programas.	Mejorar la financiación de los servicios de Salud Pública.	85.19%

EP02AE04	Promover la financiación específica y adecuada de los programas.	Búsqueda de financiación complementaria para los programas especialmente en investigación e innovación teniendo en cuenta el favorable entorno europeo.	92.59%
EP03AE01	Mejorar la difusión de los programas.	Promover la difusión pública, transparente y rápida de los resultados de los programas y su verdadero impacto.	96.30%
EP03AE02	Mejorar la difusión de los programas.	Mejorar la difusión y el conocimiento de los programas en la población.	96.30%
EP03AE03	Mejorar la difusión de los programas.	Incrementar la educación sanitaria en relación con la importancia del CCR y su prevención gracias al cribado.	96.30%
EP03AE04	Mejorar la difusión de los programas.	Mejorar los sistemas de transmisión de la información.	85.19%
EP03AE05	Mejorar la difusión de los programas.	Incorporar a la sociedad civil en los programas para mejorar su difusión.	88.89%
EP04AE01	Mejorar la educación sanitaria de la población.	Mejorar la educación sanitaria de la población.	88.89%
EP05AE01	Mejorar la participación de la población en los programas.	Incrementar la educación sanitaria para mejorar la participación en los programas.	81.48%
EP05AE02	Mejorar la participación de la población en los programas.	Realizar campañas para incrementar la participación de la población.	96.30%
EP05AE03	Mejorar la participación de la población en los programas.	Crear un App del cribado que ayude a la mejora de la difusión, participación y adherencia.	74.07%
EP05AE04	Mejorar la participación de la población en los programas.	Desarrollar acciones dirigidas a la disminución de la brecha de participación de hombres frente a mujeres.	88.89%
EP05AE05	Mejorar la participación de la población en los programas.	Incorporar a la sociedad civil en los programas para mejorar la participación en los programas.	85.19%
EP06AE01	Disminuir la inequidad de los programas.	Disminuir la inequidad en los programas con especial referencia a la existente en el sesgo de participación por género.	74.07%

EP06AE02	Disminuir la inequidad de los programas.	Disminuir la inequidad en los programas con especial referencia a la existente en lo que respecta a la financiación.	96.30%
EP06AE03	Disminuir la inequidad de los programas.	Disminuir la inequidad en los programas con especial referencia a la existente entre CC. AA.	92.59%
EP07AE01	Promover el adecuado control de la demanda y de las demoras dentro de los programas de cribado	Circuitos específicos de cribado ajustados a previsiones y con financiación adecuada que permitan un adecuado control de la demanda y eviten demoras.	92.59%
EP08AE01	Mejorar la adherencia dentro de los programas.	Incrementar la educación sanitaria para mejorar la adherencia dentro de los programas.	85.19%
EP09AE01	Favorecer la estandarización de los programas.	Favorecer la digitalización de los programas.	88.89%
EP09AE02	Favorecer la estandarización de los programas.	Circuitos específicos de cribado ajustados a previsiones y con financiación adecuada.	88.89%
EP09AE03	Favorecer la estandarización de los programas.	Promover la estandarización del proceso de cribado dentro de un plan nacional.	92.59%
EP10AE01	Adequar el intervalo de edad del cribado a la evidencia.	Adequar el intervalo de edad del cribado a la evidencia.	92.59%
EP11AE01	EP11: Potenciar la participación de la enfermería dentro de los programas.	Incrementar la Importancia del papel de la enfermería y su participación, especialmente en la gestión de casos y como fortalecimiento de la atención primaria.	96.30%
EP12AE01	EP12: Promover una participación efectiva de la Atención Primaria.	Búsqueda de alternativas a la atención primaria en la ejecución de los programas.	59.26%
EP12AE02	EP12: Promover una participación efectiva de la Atención Primaria.	Disminuir el peso de la ejecución de los programas sobre la atención primaria.	55.56%
EP12AE03	EP12: Promover una participación efectiva de la Atención Primaria.	Involucrar a atención primaria en la mejora de la educación sobre el CCR, su diagnóstico precoz y prevención.	88.89%
EP12AE04	EP12: Promover una participación efectiva de la Atención Primaria.	Promoción las actividades de cooperación en AP tanto en participación como en prevención del CCR.	92.59%

EP12AE05	EP12: Promover una participación efectiva de la Atención Primaria.	Promover actividad de atención primaria en los temas de los grupos de alto riesgo.	77.78%
EP13AE01	EP13: Promover la calidad de los programas.	Favorecer el benchmarking entre CC. AA. y programas.	92.59%
EP13AE02	EP13: Promover la calidad de los programas.	Incentivar la mejora de resultados de los programas.	77.78%
EP13AE03	EP13: Promover la calidad de los programas.	Mejorar el control de calidad de los programas.	92.59%
EP13AE04	EP13: Promover la calidad de los programas.	Mejorar la calidad del proceso de limpieza intestinal.	88.89%

Conformidad con cada una de las acciones estratégicas (AE) de las propuestas estratégicas secundarias (PES)

El rango de la conformidad de los investigadores con la formulación de las diferentes acciones estratégicas (AE), incluidas en las diferentes PES, ha oscilado entre el 62.96 % y el 96.30 %. con un promedio de 88.44 %, una mediana de 88.89 % y una moda de 96.30 %. Los resultados para cada una de las propuestas se presentan en la siguiente tabla:

	Si (n)	Si (%)	No (n)	No (%)	NS/NC (n)	NS/NC (%)
PES01AE01	26	96.30%	0	0%	1	3.70%
PES02AE01	26	96.30%	0	0%	1	3.70%
PES02AE02	25	92.59%	1	3.70%	1	3.70%
PES02AE03	24	88.89%	2	7.41%	1	3.70%
PES02AE04	26	96.30%	0	0%	1	3.70%
PES02AE05	23	85.19%	3	11.11%	1	3.70%
PES02AE06	24	88.89%	2	7.41%	1	3.70%
PES02AE07	24	88.89%	2	7.41%	1	3.70%
PES02AE08	25	92.59%	1	3.70%	1	3.70%
PES02AE09	23	85.19%	3	11.11%	1	3.70%
PES02AE10	22	81.48%	4	14.81%	1	3.70%
PES03AE01	24	88.89%	1	3.70%	2	7.41%
PES03AE02	25	92.59%	1	3.70%	1	3.70%
PES03AE03	26	96.30%	0	0%	1	3.70%
PES04AE01	23	85.19%	2	7.41%	2	7.41%
PES04AE02	25	92.59%	1	3.70%	1	3.70%
PES05AE01	22	81.48%	4	14.81%	1	3.70%
PES05AE02	26	96.30%	0	0%	1	3.70%
PES06AE01	20	74.07%	6	22.22%	1	3.70%
PES06AE02	17	62.96%	9	33.33%	1	3.70%
PES07AE01	24	88.89%	2	7.41%	1	3.70%
PES07AE02	26	96.30%	0	0%	1	3.70%
PES07AE03	25	92.59%	0	0%	2	7.41%
PES07AE04	22	81.48%	4	14.81%	1	3.70%
PES08AE01	24	88.89%	2	7.41%	1	3.70%

Promedio	23.88	88.44%	2	7.41%	1.12	4.15%
Mediana	24	88.89%	2	7.41%	1	3.70%
Moda	26	96.30%	0	0%	1	3.70%

A continuación, se presentan estos mismos resultados en cuanto al promedio de conformidad de las AE en cada una de las PES, reproduciendo, en este caso, el texto de cada una de las propuestas estratégicas.

Clave	Propuesta estratégica secundaria	Acción estratégica	Conformidad (%)
PES01AE01	Promover la evaluación de resultados en salud dentro de los programas.	Promover la evaluación de resultados en salud dentro de los programas.	96.30%
PES02AE01	Promover la investigación y la innovación dentro de los programas.	Comprobar impacto y efectividad de los programas.	96.30%
PES02AE02	Promover la investigación y la innovación dentro de los programas.	Promover la investigación sobre el impacto de los programas sobre la supervivencia.	92.59%
PES02AE03	Promover la investigación y la innovación dentro de los programas.	Promover la investigación de estudios de evaluación económica.	88.89%
PES02AE04	Promover la investigación y la innovación dentro de los programas.	Desarrollar investigación sobre nuevas pruebas dentro de los programas.	96.30%
PES02AE05	Promover la investigación y la innovación dentro de los programas.	Incorporación de nuevas pruebas de cribado más eficaces.	85.19%
PES02AE06	Promover la investigación y la innovación dentro de los programas.	Investigar sobre la incorporación de la inteligencia artificial a los programas.	88.89%
PES02AE07	Promover la investigación y la innovación dentro de los programas.	Investigar y aplicar nuevas ópticas para la detección de lesiones planas	88.89%
PES02AE08	Promover la investigación y la innovación dentro de los programas.	Promover la investigación y la innovación dentro de los programas con especial referencia a la edad de cribado	92.59%

PES02AE09	Promover la investigación y la innovación dentro de los programas.	Promover la investigación y la innovación dentro de los programas con especial referencia a modelos exploratorios globales de las estrategias de cribado, mediante proyectos que impliquen no solo a Salud Pública, sino especialmente a expertos en patología digestiva.	85.19%
PES02AE10	Promover la investigación y la innovación dentro de los programas.	Promover la investigación y la innovación dentro de los programas con especial referencia a los nuevos modelos de cribado.	81.48%
PES03AE01	Mejorar la formación e información de los profesionales.	Establecer planes de formación específicos para los profesionales de los programas.	88.89%
PES03AE02	Mejorar la formación e información de los profesionales.	Incrementar la formación de los profesionales sobre el cribado y sus resultados.	92.59%
PES03AE03	Mejorar la formación e información de los profesionales.	Incrementar la transparencia y difusión de los resultados de los programas a los profesionales.	96.30%
PES04AE01	Promover la participación de los profesionales en los programas.	Promover la participación, en general, de los profesionales en los programas.	85.19%
PES04AE02	Promover la participación de los profesionales en los programas.	Promover la participación, incluyendo toma de decisiones en la ejecución y mejoras de los programas, de los profesionales integrados en las unidades de cribado.	92.59%
PES05AE01	Promover la implicación y motivación de los profesionales involucrados en los programas	Incentivación de los profesionales.	81.48%
PES05AE02	Promover la implicación y motivación de los profesionales involucrados en los programas	Selección de los profesionales de acuerdo con perfiles competenciales.	96.30%
PES06AE01	Promover políticas de incentivación para los profesionales.	Incentivar la participación en los programas.	74.07%
PES06AE02	Promover políticas de incentivación para los profesionales.	Selección de perfiles con incentivos.	62.96%

PES07AE01	Promover la participación multidisciplinar y de la sociedad civil dentro de los programas.	Promover la colaboración multidisciplinar dentro de los programas específicamente de la atención primaria con el resto de los actores involucrados en los programas.	88.89%
PES07AE02	Promover la participación multidisciplinar y de la sociedad civil dentro de los programas.	Promover la colaboración multidisciplinar dentro de los programas. incluyendo la coordinación con el liderazgo natural de la Salud Pública en lo referente a los programas.	96.30%
PES07AE03	Promover la participación multidisciplinar y de la sociedad civil dentro de los programas.	Promover la colaboración multidisciplinar dentro de los programas. incluyendo SS. CC. y otras organizaciones.	92.59%
PES07AE04	Promover la participación multidisciplinar y de la sociedad civil dentro de los programas.	Favorecer la participación de la sociedad civil en los programas.	81.48%
PES08AE01	Incluir el seguimiento pospolipectomía en los programas.	Incluir el seguimiento pospolipectomía en los programas.	88.89%

Comentarios de los investigadores a las acciones estratégicas (AE) de las estrategias principales (EP)

Clave	Estrategía principal	Acción estratégica	Comentarios
EP01AE01	Promover un acuerdo nacional que sea base de un plan nacional para el cribado del CCR.	Acuerdo nacional para mejorar la descoordinación, variabilidad e inequidades entre CC. AA.	<ul style="list-style-type: none"> • Recomiendo sustituir "mejorar" por "disminuir". • Crucial
EP01AE02	Promover un acuerdo nacional que sea base de un plan nacional para el cribado del CCR.	Suscripción de un acuerdo nacional que para la ejecución estandarizada de los programas.	<ul style="list-style-type: none"> • No creo que el término "suscripción" sea adecuado y no veo la diferencia con la acción previa. • Que mejore la coordinación, variabilidad y inequidades entre CCAA. • Redundante.
EP01AE03	Promover un acuerdo nacional que sea base de un plan nacional para el cribado del CCR.	Conseguir que el cribado se incorpore a la cartera de servicios de manera efectiva en todos los ámbitos.	<ul style="list-style-type: none"> • Los programas ya forman parte de la cartera de servicios. ¿A qué se refiere "manera efectiva" y cuáles son los "ámbitos"? • Actualmente ya obligatorio para todas las CC. AA.

			<ul style="list-style-type: none"> El cribado de CCR ya está en la cartera de servicios de todas las CCAA.
EP01AE04	Promover un acuerdo nacional que sea base de un plan nacional para el cribado del CCR.	Favorecer la inclusión y unificación de todo tipo de cribado.	<ul style="list-style-type: none"> Pero no se entiende esta redacción. Propondría hacer referencia a aprovechar sinergias y evitar duplicidades en los diferentes cribados poblacionales. Especialmente relevantes en lo relativo a la invitación conjunta. Redundante. Redacción confusa, no entiendo qué quiere decir la acción estratégica.
EP01AE05	Promover un acuerdo nacional que sea base de un plan nacional para el cribado del CCR.	Priorizar los programas de cribado como actividad del Sistema Nacional de Salud.	<ul style="list-style-type: none"> Programas de cribado poblacional como actividad básica y estratégica del SNS. Solo lo veo pertinente si en alguna CC. AA. no están ya priorizados. En las que conozco lo están.
EP02AE01	Promover la financiación específica y adecuada de los programas.	Incremento presupuestario para los programas.	<ul style="list-style-type: none"> Pero creo que el término incremento no es adecuado. Recomendaría Diseño de mecanismos de control económico que garanticen la financiación adecuada. Presupuesto uniforme a nivel nacional por población diana. Redundante (mejor formulada en EP02AE02). Sustituiría por adecuación del presupuesto de los programas.
EP02AE02	Promover la financiación específica y adecuada de los programas.	Circuitos específicos de cribado ajustados a previsiones y con financiación adecuada que permitan además la incorporación de los adecuados recursos humanos.	<ul style="list-style-type: none"> Ya incluida en la acción previa. Falta un verbo en la redacción. Incluir en la previa: la adecuación presupuestaria implica la asignación de recursos materiales y humanos.
EP02AE03	Promover la financiación específica y adecuada de los programas.	Mejorar la financiación de los servicios de Salud Pública.	<ul style="list-style-type: none"> Extra de financiación para programas de mejora funcional y de calidad del programa Esta es la clave de la prevención, pero sin recursos no podrá hacerse. El 6,9% del PIB consignado por el Gobierno a Sanidad es a todas luces insuficiente a la vista del envejecimiento poblacional y de otros factores. Mejorar la financiación de los programas de cribado en las Consejerías de Sanidad de las CC. AA.

			<ul style="list-style-type: none"> No es específico de los programas de cribado...no se si es una estrategia demasiado general. En algunas regiones los cribados no son llevados a cabo por Salud Pública.
EP02AE04	Promover la financiación específica y adecuada de los programas.	Búsqueda de financiación complementaria para los programas especialmente en investigación e innovación teniendo en cuenta el favorable entorno europeo.	<ul style="list-style-type: none"> No debe ser complementaria. Debe ser estructural. Y sin el favorable entorno europeo también.
EP03AE01	Mejorar la difusión de los programas.	Promover la difusión pública, transparente y rápida de los resultados de los programas y su verdadero impacto.	<ul style="list-style-type: none"> Impacto epidemiológico y según nivel socio-económico. Clave para hacer entender a la población su importancia real. Solo lo veo pertinente si en alguna CC. AA. no se está haciendo ya.
EP03AE02	Mejorar la difusión de los programas.	Mejorar la difusión y el conocimiento de los programas en la población.	<ul style="list-style-type: none"> Más prioritaria que la anterior.
EP03AE03	Mejorar la difusión de los programas.	Incrementar la educación sanitaria en relación con la importancia del CCR y su prevención gracias al cribado.	<ul style="list-style-type: none"> La más prioritaria. En medios de comunicación masivos.
EP03AE04	Mejorar la difusión de los programas.	Mejorar los sistemas de transmisión de la información.	<ul style="list-style-type: none"> Ya incluido en EP03AE01. Incorporar a EPO3AE01.
EP03AE05	Mejorar la difusión de los programas.	Incorporar a la sociedad civil en los programas para mejorar su difusión.	<ul style="list-style-type: none"> SI en el fondo, pero no en la forma. La acción debe avanzar como hacerlo. En su justa medida y buscando sinergias positivas.
EP04AE01	Mejorar la educación sanitaria de la población.	Mejorar la educación sanitaria de la población.	<ul style="list-style-type: none"> Ya incluido en EP03AE03. Mediante herramientas de comunicación masivas. Conocimiento del CCR y su prevención. Es una de las asignaturas pendientes de nuestro país. Importancia media en este documento.

EP05AE01	Mejorar la participación de la población en los programas.	Incrementar la educación sanitaria para mejorar la participación en los programas.	<ul style="list-style-type: none"> • Ya incluido en EP03AE03. • Formar a pacientes para que éstos también participen en la educación sanitaria. • Redundante (en EP04). • Aunque se solapa con el EP04AE01
EP05AE02	Mejorar la participación de la población en los programas.	Realizar campañas para incrementar la participación de la población.	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar campañas adecuadas y periódicas • En estas campañas debe participar la comunidad y los propios pacientes.
EP05AE03	Mejorar la participación de la población en los programas.	Crear un App del cribado que ayude a la mejora de la difusión, participación y adherencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Está incluida dentro de las campañas. Entiendo que es un desarrollo de la acción previa. Recomiendo sustituir adherencia en todos los ámbitos en los que se haga referencia a la aceptación o el seguimiento del cribado por parte de la población. • Que incluya teléfono de asistencia al programa para aquellos que no han recibido la invitación al programa y puedan dar sus datos. • WEB; Facebook, Instagram... y otros medios de comunicación por redes sociales. • Aunque estas son herramientas concretas de cada Consejería. Sería como la siguiente fomentar el uso de herramientas tecnológicas que... • Fundamental. • Incluirla de alguna forma información en las apps y portales a los que accede el ciudadano. • Hay CC. AA. que ya tienen Apps propias que permiten acceder a toda su historia clínica, pedir citas, hacer preguntas, recibir información ... como Galicia, en la que esta medida no ha tenido ningún impacto en el cribado de CCR. Se pueden hacer cosas mejores.
EP05AE04	Mejorar la participación de la población en los programas.	Desarrollar acciones dirigidas a la disminución de la brecha de participación de hombres frente a mujeres.	<ul style="list-style-type: none"> • Y entre niveles socioeconómicos y entre las franjas de menor edad.
EP05AE05	Mejorar la participación de la población en los programas.	Incorporar a la sociedad civil en los programas para	<ul style="list-style-type: none"> • Ya indicado en acciones previas. • Que participen en la educación y difusión de las campañas, formarles, contar con asociaciones de pacientes.

		mejorar la participación en los programas.	<ul style="list-style-type: none"> • Siempre que creen sinergias positivas. • Redundante
EP06AE01	Disminuir la inequidad de los programas.	Disminuir la inequidad en los programas con especial referencia a la existente en el sesgo de participación por género.	<ul style="list-style-type: none"> • Y poblaciones vulnerables. • No creo que se pueda afirmar que la menor participación de los varones sea un problema de falta de equidad del SNS
EP06AE02	Disminuir la inequidad de los programas.	Disminuir la inequidad en los programas con especial referencia a la existente en lo que respecta a la financiación.	<ul style="list-style-type: none"> • Sí, solo en el caso de que dispongamos de evidencia respecto a que la ausencia de equidad entre CCAA se explica por una menor financiación.
EP06AE03	Disminuir la inequidad de los programas.	Disminuir la inequidad en los programas con especial referencia a la existente entre CC. AA.	<ul style="list-style-type: none"> • Deben añadirse otras fuentes de inequidad: nivel cultural, socioeconómico. • Clave para evitar que haya una España de dos velocidades en Sanidad. • En general para esta propuesta, copiar las mejores prácticas de cada una de las CCAA para hacerlas extensivas a todas las demás (envíos de cartas, fidelización, entrega de los kits en farmacias, ...). • No entiendo lo que se pretende decir. La frase parece redundante.
EP07AE01	Promover el adecuado control de la demanda y de las demoras dentro de los programas de cribado	Circuitos específicos de cribado ajustados a previsiones y con financiación adecuada que permitan un adecuado control de la demanda y eviten demoras.	
EP08AE01	Mejorar la adherencia dentro de los programas.	Incrementar la educación sanitaria para mejorar la adherencia dentro de los programas.	<ul style="list-style-type: none"> • Ya incluida en acciones previas. • Incluir a los pacientes en esta formación, formar al paciente experto. • También "facilitar" la adherencia mediante repescas de los participantes en rondas previas. • Redundante
EP09AE01	Favorecer la estandarización de los programas.	Favorecer la digitalización de los programas.	<ul style="list-style-type: none"> • Pero no con esa redacción. En cierta medida todos los programas están "digitalizados". Haría referencia al desarrollo de sistemas de información, con inclusión eficiente de los datos, su consolidación, análisis y difusión.

			<ul style="list-style-type: none"> • Protocolos de seguimiento de lesiones.... • Especificar a qué se refiere el término "digitalización".
EP09AE02	Favorecer la estandarización de los programas.	Circuitos específicos de cribado ajustados a previsiones y con financiación adecuada.	<ul style="list-style-type: none"> • Se solapa con EP07AE01.
EP09AE03	Favorecer la estandarización de los programas.	Promover la estandarización del proceso de cribado dentro de un plan nacional.	<ul style="list-style-type: none"> • Crear un protocolo de actuación nacional. • Redundante
EP10AE01	Adecuar el intervalo de edad del cribado a la evidencia.	Adecuar el intervalo de edad del cribado a la evidencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Comentado anteriormente. La acción debería ser más específica.
EP11AE01	EP11: Potenciar la participación de la enfermería dentro de los programas.	Incrementar la importancia del papel de la enfermería y su participación, especialmente en la gestión de casos y como fortalecimiento de la atención primaria.	<ul style="list-style-type: none"> • En cada centro de AP tendría que haber una enfermera referente para resolver las dudas o incidencias del programa. • No debe ir ligado a atención primaria. En nuestro entorno son enfermeras hospitalarias con conexión con las unidades de cribado. • Y de la farmacia comunitaria
EP12AE01	EP12: Promover una participación efectiva de la Atención Primaria.	Búsqueda de alternativas a la atención primaria en la ejecución de los programas.	<ul style="list-style-type: none"> • Salvo para la dispensación de tubos de muestras en farmacia, creo que primaria ha de jugar un papel crucial y no tiene alternativa fácil. • El modelo con farmacias trabaja con AP pero en una función de soporte y seguimiento de lesiones. • No tengo claro que promover la participación efectiva de la A. Primaria tenga como acciones alternativas a la primaria. Son dos criterios diferentes. La primaria debe participara desde la promoción y sensibilización a los cribados y con la enfermería, así como su inclusión en Cartera de Servicios y poblaciones vulnerables. • La acción estratégica contradice la propuesta estratégica. • Especialmente ahora que la primaria esta sobrecargada y con falta de profesionales. • Yo no buscaría alternativa. Lo que haría es reforzar la primaria para que pueda asumir esta tarea.

			<ul style="list-style-type: none"> Entiendo que debe liderarse por atención primaria y no otras alternativas.
EP12AE02	EP12: Promover una participación efectiva de la Atención Primaria.	Disminuir el peso de la ejecución de los programas sobre la atención primaria.	<ul style="list-style-type: none"> La propuesta y la acción parecen incoherentes ¿no? o no lo he entendido bien. La acción estratégica contradice la propuesta estratégica. Al revés, lo aumentaría. Atención primaria debe incluso aumentar su participación. Entra en contradicción con otras acciones ya propuestas, así como con la evidencia de que las acciones de promoción de la participación focalizadas en Primaria (País Vasco y Navarra) incrementan la participación.
EP12AE03	EP12: Promover una participación efectiva de la Atención Primaria.	Involucrar a atención primaria en la mejora de la educación sobre el CCR, su diagnóstico precoz y prevención.	<ul style="list-style-type: none"> Sobre todo, sobre la población diana. Pueden mejorar la participación en los programas poblacionales. No sé si debe estar en este documento.
EP12AE04	EP12: Promover una participación efectiva de la Atención Primaria.	Promoción las actividades de cooperación en AP tanto en participación como en prevención del CCR.	
EP12AE05	EP12: Promover una participación efectiva de la Atención Primaria.	Promover actividad de atención primaria en los temas de los grupos de alto riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> No está bien definido qué tipo de actividad. Solo sería adecuado si se hace referencia específica a la "identificación de la población de alto riesgo de cáncer". El seguimiento y tratamiento de esta población es responsabilidad de la atención especializada. Detección y derivación a consultas de alto riesgo. En la identificación de los grupos de alto riesgo
EP13AE01	EP13: Promover la calidad de los programas.	Favorecer el benchmarking entre CC. AA. y programas.	<ul style="list-style-type: none"> Sin comparaciones no habrá nunca mejoras. Pero para ello se requiere transparencia.
EP13AE02	EP13: Promover la calidad de los programas.	Incentivar la mejora de resultados de los programas.	<ul style="list-style-type: none"> No necesariamente. La acción es demasiado abstracta. ¿Incentivar cómo y con qué? ¿De qué resultados?

EP13AE03	EP13: Promover la calidad de los programas.	Mejorar el control de calidad de los programas.	<ul style="list-style-type: none"> No olvidarse de acciones conjuntas con los laboratorios (participación de todos los laboratorios de todas las CCAA en programas de control de calidad externo de sociedades científicas). Protocolos y estandarización. Haría obligatoria la participación de todos los laboratorios que miden la sangre oculta en programas de control de calidad externo financiados por las CC. AA. o por los proveedores de los analizadores. La Sociedad Española de Medicina de Laboratorio dispone de un programa de control externo. Permitiría asegurar la calidad de este punto del programa y ver de forma conjunta con que calidad se informan estos resultados que son el punto de partida para el resto del proceso. La acción asume que los controles de calidad existentes son malos. Enunciarlo así creo que es erróneo. Tendría más sentido algo tipo: "Promover estándares de calidad objetivos, cuantitativos y aplicables a todas las CCAA"
EP13AE04	EP13: Promover la calidad de los programas.	Mejorar la calidad del proceso de limpieza intestinal.	<ul style="list-style-type: none"> Formar a la enfermería de los centros de salud para que expliquen el proceso. Debe monitorizarse.

Comentarios de los investigadores a las acciones estratégicas (AE) de las propuestas estratégicas secundarias (PES)

Clave	Propuesta estratégica secundaria	Acción estratégica	Comentarios
PES01AE01	Promover la evaluación de resultados en salud dentro de los programas.	Promover la evaluación de resultados en salud dentro de los programas.	<ul style="list-style-type: none"> Difusión de los resultados entre los implicados.
PES02AE01	Promover la investigación y la innovación dentro de los programas.	Comprobar impacto y efectividad de los programas.	

PES02AE02	Promover la investigación y la innovación dentro de los programas.	Promover la investigación sobre el impacto de los programas sobre la supervivencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Redundante (ya en PES02AE01). • Hay un estudio en marcha a 10 años, COLONPREV, que dará resultados en breve.
PES02AE03	Promover la investigación y la innovación dentro de los programas.	Promover la investigación de estudios de evaluación económica.	<ul style="list-style-type: none"> • Muy relevante.
PES02AE04	Promover la investigación y la innovación dentro de los programas.	Desarrollar investigación sobre nuevas pruebas dentro de los programas.	<ul style="list-style-type: none"> • Recomiendo sustituir "nuevas pruebas" por "nuevas tecnologías" de cribado.
PES02AE05	Promover la investigación y la innovación dentro de los programas.	Incorporación de nuevas pruebas de cribado más eficaces.	<ul style="list-style-type: none"> • Al menos en fase piloto en algunos centros podría ser una buena iniciativa. • En su redacción actual se podría interpretar que ya existen pruebas de cribado más eficaces y no se aplican.
PES02AE06	Promover la investigación y la innovación dentro de los programas.	Investigar sobre la incorporación de la inteligencia artificial a los programas.	<ul style="list-style-type: none"> • Será el futuro que debería ser una realidad ya. A ser posible, con un plan a nivel nacional. • Sería muy útil y muy innovador. • Formulación alternativa: "Investigar la incorporación de la inteligencia artificial a los programas, desde la identificación más eficiente de personas en riesgo como en la asistencia a la detección de lesiones endoscópicas".
PES02AE07	Promover la investigación y la innovación dentro de los programas.	Investigar y aplicar nuevas ópticas para la detección de lesiones planas	<ul style="list-style-type: none"> • No estoy seguro de que un aspecto tan sumamente específico precise de una acción exclusiva. Podría quedar implícito en otros mencionados anteriormente.
PES02AE08	Promover la investigación y la innovación dentro de los programas.	Promover la investigación y la innovación dentro de los programas con especial referencia a la edad de cribado	<ul style="list-style-type: none"> • No necesariamente.

PES02AE09	Promover la investigación y la innovación dentro de los programas.	Promover la investigación y la innovación dentro de los programas con especial referencia a modelos exploratorios globales de las estrategias de cribado. mediante proyectos que impliquen no solo a Salud Pública. sino especialmente a expertos en patología digestiva.	<ul style="list-style-type: none"> • "Modelos exploratorios globales" no es comprensible. Si se hace referencia a la investigación en gestión o de otro tipo debe explicarse. • Y anatomopatólogos y medicina de familia. • Yo creo que esto está bastante implementado y desarrollado en algunas comunidades y grupos muy activos al respecto.
PES02AE10	Promover la investigación y la innovación dentro de los programas.	Promover la investigación y la innovación dentro de los programas con especial referencia a los nuevos modelos de cribado.	<ul style="list-style-type: none"> • ¿Redundante? • Más que nuevos modelos se trataría de incrementar la participación de lo ya disponible.
PES03AE01	Mejorar la formación e información de los profesionales.	Establecer planes de formación específicos para los profesionales de los programas.	
PES03AE02	Mejorar la formación e información de los profesionales.	Incrementar la formación de los profesionales sobre el cribado y sus resultados.	<ul style="list-style-type: none"> • Es idéntico a PES03AE01. Solo estaría indicado si se refiere a "incrementar la INFORMACIÓN".
PES03AE03	Mejorar la formación e información de los profesionales.	Incrementar la transparencia y difusión de los resultados de los programas a los profesionales.	<ul style="list-style-type: none"> • Clave. • Yo creo que esto está bastante implementado y desarrollado en algunas comunidades y grupos muy activos al respecto.
PES04AE01	Promover la participación de los profesionales en los programas.	Promover la participación. en general. de los profesionales en los programas.	
PES04AE02	Promover la participación de los profesionales en los programas.	Promover la participación. incluyendo toma de decisiones en la ejecución y mejoras de los programas. de los profesionales integrados en las unidades de cribado.	<ul style="list-style-type: none"> • Redundante (PES04AE01).

PES05AE01	Promover la implicación y motivación de los profesionales involucrados en los programas	Incentivación de los profesionales.	<ul style="list-style-type: none"> Lo ideal serían incentivos económicos, pero también podrían ser de otro tipo. Ya mencionado antes. La redacción actual es demasiado ambigua.
PES05AE02	Promover la implicación y motivación de los profesionales involucrados en los programas	Selección de los profesionales de acuerdo con perfiles competenciales.	<ul style="list-style-type: none"> Imprescindible. Asumo que se pone porque hay CC. AA. que no lo hacen.
PES06AE01	Promover políticas de incentivación para los profesionales.	Incentivar la participación en los programas.	<ul style="list-style-type: none"> Ya hay otra de incentivación, con una sería suficiente. Redundante (PES05AE01). No estoy seguro de entenderlo, por eso lo marco como no adecuado. Ahora bien, si esta acción incluyese, por ejemplo, que obtener un % mínimo de participación de la población diana de un cupo de Primaria conllevarse unos ingresos adicionales en forma de productividad variable, sí lo vería adecuado.
PES06AE02	Promover políticas de incentivación para los profesionales.	Selección de perfiles con incentivos.	<ul style="list-style-type: none"> Redundante. Definición poco clara. No entiendo que es lo que se quiere decir.
PES07AE01	Promover la participación multidisciplinar y de la sociedad civil dentro de los programas.	Promover la colaboración multidisciplinar dentro de los programas específicamente de la atención primaria con el resto de los actores involucrados en los programas.	<ul style="list-style-type: none"> No entiendo si se ¿confunde atención primaria con salud pública?
PES07AE02	Promover la participación multidisciplinar y de la sociedad civil dentro de los programas.	Promover la colaboración multidisciplinar dentro de los programas. incluyendo la coordinación con el liderazgo natural de la Salud Pública en lo referente a los programas.	

PES07AE03	Promover la participación multidisciplinar y de la sociedad civil dentro de los programas.	Promover la colaboración multidisciplinar dentro de los programas. incluyendo SS. CC. y otras organizaciones.	<ul style="list-style-type: none"> Sin embargo, deben definirse cuáles son las propuestas para esta colaboración.
PES07AE04	Promover la participación multidisciplinar y de la sociedad civil dentro de los programas.	Favorecer la participación de la sociedad civil en los programas.	<ul style="list-style-type: none"> Es importante, pero no determinante.
PES08AE01	Incluir el seguimiento pospolipectomía en los programas.	Incluir el seguimiento pospolipectomía en los programas.	<ul style="list-style-type: none"> Adecuación a guías actualizadas.

Propuestas adicionales de los investigadores a las acciones estrategias (AE)

Acciones estrategias (AE) de las estrategias principales (EP)

Los investigadores han realizado las siguientes aportaciones, en respuesta a la pregunta “¿Desea añadir alguna acción estratégica adicional a algunas de las estrategias principales?”:

- Tiene que haber un teléfono de acceso al programa para profesionales y pacientes en que puedan dar los datos de las personas que no han recibido la invitación al programa. Formar al paciente experto para la ayuda de la educación de la población y difusión.
- Plan Nacional de difusión del CCR y su prevención. Campañas publicitarias en medios de comunicación masivos. Orientados a la población diana y a toda la población en general.
- En principio, creo que no. Son todas correctas. Pienso que no falta ninguna.
- No. Se recogen las propuestas y acciones estrategitas más relevantes.

Acciones estrategias (AE) de las propuestas estratégicas secundarias PES)

Los investigadores han realizado las siguientes aportaciones, en respuesta a la pregunta “¿Desea añadir alguna acción estratégica adicional a algunas de las propuestas estratégicas secundarias?”:

- Tener enfermeras referentes del programa para explicar y resolver las incidencias.

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS Y PROPUESTAS PARA SU INTEGRACIÓN EN EL LIBRO BLANCO

Sobre la matriz DAFO esencial (MDE)

Las diferentes debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades recogidas en la MDE son exclusivamente aquellas que fueron juzgadas previamente como de importancia crucial o muy importantes, a la hora de valorar el conjunto de las diferentes propuestas realizadas en la fase de construcción de la matriz DAFO inicial por parte de los investigadores. Por ello es coherente el elevado grado de aprobación observado ahora para el conjunto de la MDE (100 % de respuestas como de acuerdo o completamente de acuerdo [51,85 % “completamente de acuerdo”; 48,15 % “de acuerdo”] con un promedio de conformidad con la formulación de las diferentes propuestas DAFO de casi el 90% (89.54 %). En los comentarios al conjunto ya se apuntan algunos comentarios sugiriendo mejoras en la redacción de algunas de las propuestas, como se verá también a continuación.

En el detalle de los porcentajes de conformidad por propuestas, solo una de ellas (F5: Implicación de salud pública) ha estado ligeramente por debajo del 80 % (77.78 %)

Respectos de los diferentes comentarios realizados por los investigadores en cada una de las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades pueden colegirse mejoras en la redacción de algunas de ellas. En la siguiente tabla se presentan las redacciones de partida y las mejoras que se proponen (estas precedidas en su clave por la letra n [nueva]), con su correspondiente justificación.

Redacción de partida	Nueva propuesta de redacción	Justificación
D1: Defectos en las estrategias para mejorar la participación y baja adherencia en el seguimiento.	nD1: Déficits en las estrategias para mejorar la aceptación y la participación en todas las etapas de los programas.	Se sustituye defectos por déficits. No se incluye el comentario que sugiere “Necesidad de reorientar las estrategias...” en lugar de “Defectos...” ya que esta formulación no expresa una debilidad sino una propuesta de acción. Se decide elimina la palabra adherencia. Una cosa es la aceptación y otra la participación en las diferentes etapas de los programas (prueba de cribado, conformación diagnóstica y seguimiento).
D2: Dificultades para absorber la demanda con creación de demoras excesivas, agravada por el seguimiento.	nD2: Dificultades para atender la demanda de colonoscopias con tiempos de espera excesivos tanto en diagnóstico como en seguimiento.	En realidad, la demanda de la prueba de cribado está regulada en origen; las dificultades para absorber la demanda se producen para la prueba de confirmación, en la que si se producen tiempos de espera excesivos.
D3: Información a la población y difusión de los programas insuficientes.	nD3: Información y difusión insuficientes de los programas de cribado entre la población.	Simplymente se adecúa la redacción.

D4: Descoordinación, variabilidad e inequidades entre CC. AA.	nD4: Variabilidad e inequidades entre CC. AA. en el desarrollo de los programas.	Existen diferencias en el desarrollo de los programas entre CC. AA. que viene dando lugar a variabilidad entre ellas y a inequidades en lo que se refiere a la extensión y coberturas de los programas. El concepto de descoordinación es de mejor aplicación en D5.
D5: Limitaciones, deficiencias y dificultades en la estandarización y uniformidad de los programas de cribado, incluyendo la exportación automática de los datos epidemiológicos.	nD5: Dificultades en la estandarización y homogeneidad de los datos epidemiológicos y de los resultados entre los diferentes programas de cribado españoles, que afectan tanto a su recogida, como a su acceso y exportación.	Aunque existe un diseño bastante uniforme luego existen dificultades que limitan el uso y explotación conjunta y accesible de los datos epidemiológicos y de los resultados de los programas. Se sustituye uniformidad por homogeneidad.
A1: Falta de participación y adherencia de la población.	nA1: Escasa participación de la población en los programas.	La participación en los programas es con frecuencia razonable, pero no alcanza los estándares ideales, por lo que cabe señalar que a pesar de todo es escasa para esos estándares. Se opta por hablar globalmente de participación y no también de adherencia.
A2: Dificultades para la financiación y de incorporación de recursos humanos.	nA2: Dificultades para la financiación y para la incorporación de recursos humanos y materiales.	Estas dificultades se entienden como variables según programas. Se refieren, en cualquier caso, tanto a recursos materiales como humanos.
A3: Desmotivación, desconocimiento, desinterés y escasa educación sanitaria de la población.	nA3: Escasa educación sanitaria de la población sobre la epidemiología y la prevención del CCR.	Una cosa es la debilidad atribuible a los programas (interna) en información y difusión de los programas y otra la amenaza (externa pues afecta al conjunto de los ciudadanos) de la insuficiente educación sanitaria sobre el CCR y su prevención. Se retiran los conceptos de desmotivación y desinterés.
F1: El cribado de CCR se ha introducido en las carteras de servicio de todas las comunidades.	nF1: El cribado de CCR forma parte de las carteras de servicio de todas las comunidades.	Se establece esta fortaleza (carácter interno a los programas) pues, efectivamente el cribado está incluido en la cartera de servicios común del SNS, y por ende en la de los diferentes servicios de salud de todas las CC. AA. Se mantiene así, aunque efectivamente se refiere a un logro consolidado y no a una aspiración. Otra cosa es la variabilidad señalada en las

		debilidades acerca del desarrollo de esa prestación.
F2: Implicación y motivación de los profesionales.	nF2: Implicación y motivación de los profesionales.	No se modifica la redacción.
F3: Calidad científico-técnica de los profesionales y equipamientos.	nF3: Calidad científico-técnica de los profesionales y equipamientos.	No se modifica la redacción.
F4: Diseño, solidez, calidad, mejoras y resultados de los programas.	nF4: Diseño, solidez, calidad y resultados de los programas.	Aunque, como se viene comentando existe variabilidad entre programas, en origen existe un buen diseño en red y las bases para que su desarrollo pueda ser sólido y con buena calidad. Aunque un investigador considera que no debería hablarse de mejoras y resultados, cabe considerar que estos últimos sí que están fortaleciendo los programas.
F5: Implicación de salud pública.	nF5: Implicación de salud pública	Se mantiene la redacción, pero conviene aclarar que esta fortaleza se refiere estrictamente a las direcciones, servicios o secciones de las consejerías de las CC. AA., que en general se han implicado en el cribado y forman parte de la Red de Programas de Cribado de Cáncer. Esta formulación no se refiere a las Consejerías de Sanidad, en general, ni a los Servicios de Salud. Tampoco significa que la ausencia de esa implicación impida la existencia de un excelente programa de cribado.
O1: Existencia de un modelo sanitario público como base de nuestro Sistema Nacional de Salud.	nO1: Existencia de un Sistema Nacional de Salud.	Aunque pueda parecer una obviedad la existencia de un Sistema Nacional de Salud que garantiza el acceso universal y la gratuidad, en este caso del cribado al estar incluido en la cartera de servicios común, es una oportunidad para la extensión, consolidación y evolución de los programas. Se elimina la mención al modelo público porque son factibles accesos a los programas, dentro de su organización y registro generales, de modelos ejecutados por entidades no públicas.

O2: Redefinir el papel de la Atención Primaria dentro de los programas como base de la prevención y de la concienciación de la población.	nO2: Incrementar el papel de la Atención Primaria en la prevención del CCR en general, en la mejora de la educación sanitaria y de la concienciación de la población, así como en la difusión de los programas y el incremento de participación en ellos.	Redefinir no se refiere al conjunto de las actividades de la AP, sino a la necesidad de apoyarse en ella para potenciar los programas en los aspectos que se señalan.
O3: El cáncer es un asunto prioritario en la población y por ello es una oportunidad difundir el impacto positivo de los programas, así como potenciar la prevención primaria.	nO3: El interés y la preocupación de la población por el cáncer hace oportuna una mayor difusión de la prevención del CCR y de los resultados de los programas de cribado.	Se cambia ligeramente la redacción. Que haya preocupación por el cáncer no quiere decir que la educación sanitaria y la información sea óptima. Por ello es una oportunidad trabajar en la difusión de la prevención del CCR (no necesariamente solo la primaria) y en los propios resultados de los programas.
O4: Aprovechar el potencial de la enfermería en aspectos relevantes para el cribado como la información, la gestión de casos o la adherencia.	nO4: Potenciar una mayor participación del personal de enfermería en los programas en especial en aspectos tales como la información, la participación y la gestión de casos.	Se modifica la redacción de acuerdo con las aportaciones realizadas, aunque sin modificar su esencia.
O5: Ampliación del intervalo de edad para el cribado.	nO5: Ampliación del intervalo de edad para el cribado, según lo recomendado por la evidencia científica.	La redacción ahora recoge que las eventuales modificaciones del intervalo deben ser las que la evidencia indique que mejorarían los resultados de los programas.

Sobre las propuestas estratégicas

Estrategias principales (EP)

Todas las EP fueron reconocidas con claridad como pertinentes por los investigadores. Solo tres EP tuvieron alguna calificación de investigadores como “no pertinente” (la EP12 [Promover una participación efectiva de la Atención Primaria] y la EP13 [Promover la calidad de los programas] con 1 entre 27, y la EP08 [Mejorar la adherencia dentro de los programas] con 2 entre 27, que fue la única con un promedio de pertinencia inferior a 0.9). Otras cuatro tuvieron alguna calificación como “dudosamente pertinente” (la EP01 [Promover un acuerdo nacional que sea base de un plan nacional para el cribado del CCR], la EP07 [Promover el adecuado control de la demanda y de las demoras dentro de los programas de cribado] y la EP09 [Favorecer la estandarización de los programas] con 1 entre 27, y la EP10 [Adecuar el intervalo de edad del cribado a la evidencia] con 2 entre 27).

En cuanto a la relevancia, todas las EP fueron clasificadas como de importancia crucial o muy importantes (solo una, la EP11 [Potenciar la participación de la enfermería dentro de los programas] tuvo un promedio de relevancia inferior a 4, aunque siempre dentro de la categoría de “muy importante”).

Por tanto, no cabe considerar a priori la retirada de ninguna de las EP. No obstante, se debe considerar una posible mejora y adecuación de la formulación de las EP, teniendo en cuenta las modificaciones sugeridas para la MDE, los comentarios de los investigadores a las EP y sus propuestas adicionales a estas.

En este sentido se proponen los siguientes ajustes (las claves de las nuevas redacciones van precedidas de la letra n [nueva]).

Redacción de partida	Relevancia (promedio)	Nueva propuesta de redacción	Justificación
EP01: Promover un acuerdo nacional que sea base de un plan nacional para el cribado del CCR.	4.38	nEP01: Promover un acuerdo nacional que sea base de un plan nacional para el cribado del CCR.	No se modifica la redacción original. El término “acuerdo” ha sido cuestionado por algunos investigadores, así como el hecho de que el cribado forma parte de las políticas de salud de nuestro país con rango ministerial y publicado en BOE, pero al menos de momento se mantiene su redacción previa
EP02: Promover la financiación específica y adecuada de los programas.	4.42	nEP02: Promover la financiación específica y adecuada de los programas.	No se modifica la redacción original.
EP03: Mejorar la difusión de los programas.	4.50	nEP03: Mejorar la difusión de los programas.	No se modifica la redacción original.
EP04: Mejorar la educación sanitaria de la población.	4.19	nEP04: Mejorar la educación sanitaria de la población.	No se modifica la redacción original.
EP05: Mejorar la participación de la población en los programas.	4.62	nEP05: Mejorar la participación de la población en los programas.	No se modifica la redacción original.
EP06: Disminuir la inequidad de los programas.	4.23	nEP06: Disminuir la inequidad en el desarrollo de los programas.	Se adecúa a la nueva formulación de la D4.
EP07: Promover el adecuado control de la demanda y de las demoras dentro de los programas de cribado.	4.15	nEP07: Promover mejoras que disminuyan los tiempos de espera excesivos de las colonoscopias tanto en diagnóstico como en seguimiento.	La demanda de la prueba diagnóstica de cribado se regula por el programa; el problema es el cuello de botella en la realización de la prueba de confirmación.
EP08: Mejorar la adherencia dentro de los programas.	4.24	nEP08: Mejorar la participación dentro de los	La participación en la realización de la prueba diagnóstica es

		programas respecto del seguimiento.	buena; el problema surge en el seguimiento pospolipectomía.
EP09: Favorecer la estandarización de los programas.	3.96	nEP09: Disminuir las dificultades para la estandarización y uniformidad de los datos epidemiológicos y de los resultados entre los diferentes programas de cribado españoles, que afectan tanto a su recogida, como a su acceso y exportación.	Se adecúa a la redacción de D5.
EP10: Adecuar el intervalo de edad del cribado a la evidencia.	4.23	nEP10: Impulsar la valoración de la ampliación del intervalo de edad para el cribado, según lo recomendado por la evidencia científica.	Se adecúa a la redacción de O5.
EP11: Potenciar la participación de la enfermería dentro de los programas.	3.77	nEP11: Potenciar una mayor participación del personal de enfermería en los programas en especial en aspectos tales como la información, la participación y la gestión de casos.	Se adecúa a la redacción de O4.
EP12: Promover una participación efectiva de la Atención Primaria.	4.15	nEP12: Incrementar el papel de la Atención Primaria en la prevención del CCR en general, en la mejora de la educación sanitaria y de la concienciación de la población, así como en la difusión de los programas y el incremento de participación en ellos.	Se adecúa a la redacción de O2.
EP13: Promover la calidad de los programas.	4.19	nEP13: Promover la mejora de calidad y el <i>benchmarking</i> entre los programas de cribado.	La redacción anterior parecía suponer una baja calidad de los programas.

Propuestas estratégicas secundarias (PES)

En el caso de las PES también todas superaron el nivel de corte para su pertinencia (promedio de pertinencia > 0.5) pero con menos propuestas etiquetadas como “pertinente” y más como “dudosamente pertinente”. La EP08 [Incluir el seguimiento pospolipectomía en los programas] contó con 8 valoraciones sobre 27 de este último tipo y una más como “no pertinente”; La PES07 [Promover la participación multidisciplinar y de la sociedad civil dentro de los programas] tuvo 6 “dudosamente pertinente”; la PES04 [Promover la participación de los profesionales en los programas] contó con 3 valoraciones “dudosamente pertinente” y

otra como “no pertinente”; la PES01 [Promover la evaluación de resultados en salud dentro de los programas] obtuvo 3 valoraciones de “dudosamente pertinente”; la PES02 [Promover la investigación y la innovación dentro de los programas.] y la PES05 [Promover la implicación y motivación de los profesionales involucrados en los programas] se valoraron con 2 “dudosamente pertinente”; finalmente, la PES06 [Promover políticas de incentivación para los profesionales] tuvo una calificación con un “dudosamente pertinente”).

Respecto de la relevancia de las PES, los promedios no fueron tan altos como en el caso de las EP (rango 3.32 - 4.12 para las PES, frente a 3.77 - 4.62 de las EP). Ninguna de las PES fue etiquetada como de importancia crucial, 7 de las 8 PES estuvieron en el intervalo de “muy importante” y una (PES07 [Promover la participación multidisciplinar y de la sociedad civil dentro de los programas]) lo estaba en el de importancia media.

De acuerdo con estos resultados no cabe retirar por pertinencia ninguna de las PES, pero si debe valorarse hacerlo por relevancia con la PES07, por no alcanzar el nivel de propuesta muy importante, si por coherencia se siguen los mismos criterios que se emplearon en su momento con la selección de la MDE.

También en el caso de las PES, como en el de las EP, se debe considerar, además, una posible mejora y adecuación de la formulación de las EP, teniendo en cuenta, igualmente, las modificaciones sugeridas para la MDE, los comentarios de los investigadores a las PES y sus propuestas adicionales.

En este sentido se proponen los siguientes ajustes (al igual que en los casos anteriores las nuevas redacciones se preceden de la letra n [nueva]).

Redacción de partida	Relevancia (promedio)	Nueva propuesta de redacción	Justificación
PES01: Promover la evaluación de resultados en salud dentro de los programas.	3.96	nPES01: Promover la evaluación de resultados en salud dentro de los programas.	No se modifica la redacción.
PES02: Promover la investigación y la innovación dentro de los programas.	3.73	nPES02: Promover la investigación y la innovación dentro de los programas.	No se modifica la redacción.
PES03: Mejorar la formación e información de los profesionales.	3.96	nPES03: Mejorar la formación e información de los profesionales.	No se modifica la redacción.
PES04: Promover la participación de los profesionales en los programas.	3.92	nPES04 ¹ : Incentivar la implicación y motivación de los profesionales involucrados en los programas.	Se propone la fusión de PES04, PES05 y PES06.
PES05: Promover la implicación y motivación de los profesionales	4.00		

¹ El promedio conjunto de PES04, PES05 y PES06 es 3.79, aplicable a nPES04.

involucrados en los programas.			
PES06: Promover políticas de incentivación para los profesionales.	3.44		
PES07: Promover la participación multidisciplinar y de la sociedad civil dentro de los programas.	3.32		Se suprime por no alcanzar la suficiente relevancia.
PES08: Incluir el seguimiento pos-polipectomía en los programas.	4.12	nPES05: Incluir el seguimiento pos-polipectomía en los programas.	

Acciones estratégicas (AE) de las estrategias principales (EP)

En general las AE de las EP han obtenido un buen grado de conformidad con un promedio del 86.89 %; no obstante hay dos AE que están por debajo del 60 % de aprobación (la EP12AE01 [Búsqueda de alternativas a la atención primaria en la ejecución de los programas] con un 59.26 % y la EP12AE02 [Disminuir el peso de la ejecución de los programas sobre la atención primaria] con un 55.56 %, ambas pertenecientes a la EP12 [Promover una participación efectiva de la Atención Primaria en su redacción primaria]. Otras dos AE de las EP están por debajo del 80 % (la EP05AE03 [Crear un App del cribado que ayude a la mejora de la difusión, participación y adherencia] perteneciente a la EP05 [Mejorar la participación de la población en los programas] y la EP06AE01 [Disminuir la inequidad en los programas con especial referencia a la existente en el sesgo de participación por género] incluida en la EP06 [Disminuir la inequidad de los programas]; en ambos casos con un promedio de aprobación de 74.07 %).

Teniendo en cuenta estos resultados, las propuestas de modificación de la matriz DAFO, los comentarios realizados por los investigadores a las AE de las EP y sus propuestas adicionales sobre estas AE de las EP, se proponen las siguientes redacciones alternativas, en las que ya se han actualizado las diferentes EP (nuevamente las nuevas propuestas de redacción se preceden de la letra n [nueva]).

Estrategía principal (EP) (nueva redacción)	Redacción previa AE	Conformidad	Nueva propuesta de redacción de la AE	Justificación
nEP01: Promover un acuerdo nacional que sea base de un plan nacional para el cribado del CCR.	EP01AE01: Acuerdo nacional para mejorar la descoordinación, variabilidad e inequidades entre CC. AA.	92.59%	nEP01AE01: Acuerdo nacional para disminuir la variabilidad y las inequidades entre CC. AA.	Se elimina descoordinación en consonancia con las modificaciones propuestas para la MDE. En cualquier caso, la variabilidad y las inequidades

				pueden disminuirse más mejorarse.
	EP01AE02: Suscripción de un acuerdo nacional que para la ejecución estandarizada de los programas.	85.19%	nEP01AE02: Incluir en el acuerdo propuestas para la optimización de la estandarización conjunta de los programas.	Aunque puede considerarse en cierto modo redundante con la anterior (la estandarización favorece la disminución de la variabilidad) se mantiene para que en el desarrollo de las recomendaciones recoja dentro de la propuesta de un acuerdo para un plan nacional este aspecto concreto de estandarización de los programas.
	EP01AE03: Conseguir que el cribado se incorpore a la cartera de servicios de manera efectiva en todos los ámbitos.	85.19%	nEP01AE03: Impulsar que el cribado de CCR sea una prestación completamente desarrollada dentro de la cartera de servicios de todas las CC. AA.	Se redacta de nuevo para aclarar que se quería decir con "efectiva".
	EP01AE04: Favorecer la inclusión y unificación de todo tipo de cribado.	85.19%	nEP01AE04: Favorecer las sinergias y evitar duplicidades entre los diferentes programas de cribado sea cual sea su origen y entidad promotora.	Se readapta para aclarar que se refiere a la necesaria coordinación entre diferentes tipos de programa, además de los propios de cada CC. AA.
	EP01AE05: Priorizar los programas de cribado como actividad del Sistema Nacional de Salud.	81.48%	nEP01AE05: Priorizar la extensión, consolidación y evolución de los programas como prestación sanitaria integrada en la cartera común de servicios.	Se adecúa la redacción.
nEP02: Promover la financiación específica y	EP02AE01: Incremento presupuestario para los programas.	92.59%	nEP02AE01 ² : Desarrollar circuitos específicos de cribado ajustados a	Se propone fusionar EP02AE01 y EP02AE02 y así

² El promedio conjunto de EP02AE01 y EP02AE02 es 90.74 %, aplicable a nEP02AE01.

adecuada de los programas.	EP02AE02: Circuitos específicos de cribado ajustados a previsiones y con financiación adecuada que permitan además la incorporación de los adecuados recursos humanos.	88.89%	previsiones y con financiación adecuada que permitan además la incorporación de los adecuados recursos humanos y materiales.	conformar nEP02AE01. Ya que la existencia de financiación específica es coherente con la existencia de circuitos específicos y la necesidad de adecuación presupuestaria (más que incremento) se refiere a esa financiación específica. Por otra parte, incorporar los recursos materiales a los humanos, es coherente con la nueva redacción de la amenaza 02.
	EP02AE03: Mejorar la financiación de los servicios de Salud Pública.	85.19%	nEP02AE02: Mejorar la financiación de los servicios de salud pública de las Consejerías de Sanidad de Las CC. AA., y/o de las oficinas encargadas de los programas de cribado.	Se ha redactado de nuevo para que la acción se dirija más específicamente a los programas.
	EP02AE04: Búsqueda de financiación complementaria para los programas especialmente en investigación e innovación teniendo en cuenta el favorable entorno europeo.	92.59%	nEP02AE03: Búsqueda de financiación complementaria en I+D+i, teniendo en cuenta el favorable entorno europeo.	Aunque alguno de los investigadores no se muestra de acuerdo, al entender que la financiación debería ser estructural y completa se mantiene, con cambios en la redacción para aclarar que sería búsqueda para investigación y desarrollo.
nEP03: Mejorar la difusión de los programas.	EP03AE01: Promover la difusión pública, transparente y rápida de los resultados de los	96.30%	nEP03AE01 ³ : Promover una mejor difusión pública, transparente y rápida de los resultados de los	Se modifica ligeramente para incluir EP03AE04, de manera que EP03AE01 y EP03AE04 conforman nEP03AE01.

³ El promedio conjunto de EP03AE01 y EP02AE04 es también 90.74 %, aplicable a nEP03AE01.

	programas y su verdadero impacto.		programas y su verdadero impacto.	
	EP03AE02: Mejorar la difusión y el conocimiento de los programas en la población.	96.30%	nEP03AE02: Mejorar la difusión y el conocimiento de los programas en la población.	No se modifica la redacción.
	EP03AE03: Incrementar la educación sanitaria en relación con la importancia del CCR y su prevención gracias al cribado.	96.30%		EP03AE03 desaparece para fusionarse con EP04AE01 y así, junto con EP05AE01, conformar nEP04AE01. Es decir, sale de la estrategia de difusión para pasar a la de educación sanitaria
	EP03AE04: Mejorar los sistemas de transmisión de la información.	85.19%		Se suprime. Se incluye en la EP03AE01.
	EP03AE05: Incorporar a la sociedad civil en los programas para mejorar su difusión.	88.89%	nEP03AE03 ⁴ : Buscar sinergias e involucrar a la sociedad civil en la mejora de la difusión y participación de y en los programas.	Se intenta formular la acción estratégica de una forma algo más concreta en cuanto a lo que se pretende (más que incorporares una búsqueda de colaboración). Además, se fusiona aquí la EP05AE05, de manera que EP03AE05 y EP05AE05 conforma nEP03AE03.
nEP04: Mejorar la educación sanitaria de la población.	EP04AE01: Mejorar la educación sanitaria de la población.	88.89%	nEP04AE01 ⁵ : Incrementar la educación sanitaria de la población en relación con la importancia del CCR y su prevención gracias al cribado, favoreciendo así una mayor participación en los programas	Se fusiona con las desaparecida EP03AE03 y con la EP05AE01 que también desaparece.

⁴ El promedio conjunto de EP03AE05 y EP05AE05 es 87.04 %, aplicable a nEP03AE03.

⁵ El promedio conjunto de EP03AE03, EP04AE01 y EP05AE01 es 88.89 %, aplicable a nEP04AE01.

nEP05: Mejorar la participación de la población en los programas.	EP05AE01: Incrementar la educación sanitaria para mejorar la participación en los programas.	81.48%		Desaparece para pasar a EP04 y concentrar así las acciones estratégicas sobre educación sanitaria.
	EP05AE02: Realizar campañas para incrementar la participación de la población.	96.30%	nEP05AE01: Realizar campañas para incrementar la participación de la población.	No se modifica la redacción, pero si se le asigna nueva clave (pasa a ser la EP05AE01).
	EP05AE03: Crear un App del cribado que ayude a la mejora de la difusión, participación y adherencia.	74.07%	nEP05AE02: Desarrollar aplicaciones que ayuden a la mejora de la difusión y la participación.	Se modifica la redacción (además del cambio de clave). Dado que parece que ya existen aplicaciones en algunas de las CC. AA. Se modifica "crear una App.) por "desarrollar aplicaciones". Se retira la referencia a la adherencia y se deja solo en participación.
	EP05AE04: Desarrollar acciones dirigidas a la disminución de la brecha de participación de hombres frente a mujeres.	88.89%	nEP05AE03 ⁶ : Desarrollar acciones dirigidas a la disminución de la brecha de participación de hombres frente a mujeres, de los más jóvenes frente a los de mayor edad y entre niveles socioeconómicos.	Además del cambio de clave, se añade una referencia a la inequidad entre niveles socioeconómicos y franjas de menor edad. Por otra parte, se fusiona con la EP06AE01, de forma que EP05AE04 y EP06AE01 conforman nEP05AE03.
	EP05AE05: Incorporar a la sociedad civil en los programas para mejorar la participación en los programas.	85.19%		Desaparece fusionándose con la antigua EP03AE05 y actual EP03AE03, de forma que se agrupa todo lo que tiene que ver con la búsqueda de sinergias con la sociedad civil.
nEP06: Disminuir la inequidad en el desarrollo de los programas.	EP06AE01: Disminuir la inequidad en los programas con especial referencia a la existente en el	74.07%		Se parte de la nueva redacción de la EP06. Este primer aspecto respecto de la participación ya se ha tratado en la EP05 y

⁶ El promedio conjunto de EP05AE04 y EP06AE01 es 81.48 %, aplicable a nEP05AE03.

	sesgo de participación por género.			por tanto se considera redundante, proponiéndose su desaparición e integración en la actual nEP05AE03.
	EP06AE02: Disminuir la inequidad en los programas con especial referencia a la existente en lo que respecta a la financiación.	96.30%	nEP06AE02: Disminuir inequidades en los modelos de financiación de los programas de cribado, favoreciendo aquellos que se vienen demostrando más eficientes.	Este es un segundo aspecto en el que se parte de una premisa que debería poder ser soportada en la redacción del libro blanco, aunque sea una impresión generalizada el que al menos hay variabilidad en la asignación de recursos y modelo de financiación según programa. Por ello se prefiere hablar de modelos y de disminuir las inequidades apostando por aquellos que son más eficientes.
	EP06AE03: Disminuir la inequidad en los programas con especial referencia a la existente entre CC. AA.	92.59%	nEP06AE01: Disminuir la variabilidad e inequidades en el desarrollo de los programas de cribado de las diferentes CC. AA.	Pasa a ocupar la posición EP06AE01. Se adecúa su redacción.
nEP07: Promover mejoras que disminuyan los tiempos de espera excesivos de las colonoscopias tanto en diagnóstico como en seguimiento.	EP07AE01: Circuitos específicos de cribado ajustados a previsiones y con financiación adecuada que permitan un adecuado control de la demanda y eviten demoras.	92.59%	nEP07AE01: Circuitos específicos de cribado ajustados a previsiones y con financiación adecuada que permitan un adecuado control de la demanda y eviten demoras.	Se añade el verbo "impulsar".
nEP08: Mejorar la participación dentro de los programas respecto del seguimiento.	EP08AE01: Incrementar la educación sanitaria para mejorar la adherencia dentro de los programas.	85.19%	nEP08AE01: Mejorar la participación en el seguimiento.	Esta acción estratégica, en su anterior redacción ya está señalada anteriormente aunque centrándose en la participación. Se decide abrir la acción al campo general de

				mejorar la participación en el seguimiento
nEP09: Disminuir las dificultades para la estandarización y uniformidad de los datos epidemiológicos y de los resultados entre los diferentes programas de cribado españoles, que afectan tanto a su recogida, como a su acceso y exportación.	EP09AE01: Favorecer la digitalización de los programas.	88.89%	nEP09AE01: Favorecer el desarrollo de sistemas de información digitales más eficientes en la inclusión, consolidación, análisis y difusión de los datos y resultados.	Se redacta de nuevo, ya que la digitalización ya existe.
	EP09AE02: Circuitos específicos de cribado ajustados a previsiones y con financiación adecuada.	88.89%	nEP09AE02: Circuitos específicos de cribado ajustados a previsiones y con financiación adecuada que favorezcan una gestión más eficiente y unificada de los datos y los resultados.	Se modifica la redacción para hacerla más específica.
	EP09AE03: Promover la estandarización del proceso de cribado dentro de un plan nacional.	92.59%	nEP09AE03: Promover la estandarización del proceso de cribado dentro de un plan nacional.	No se modifica la redacción.
nEP10: Impulsar la valoración de la ampliación del intervalo de edad para el cribado, según lo recomendado por la evidencia científica.	EP10AE01: Adecuar el intervalo de edad del cribado a la evidencia.	92.59%	nEP10AE01: Impulsar la valoración de la ampliación del intervalo de edad para el cribado, según lo recomendado por la evidencia científica.	Se adecúa a la nueva redacción de la EP10.
nEP11: Potenciar una mayor participación del personal de enfermería en los programas en especial en aspectos tales como la información, la participación y la gestión de casos.	EP11AE01: Incrementar la importancia del papel de la enfermería y su participación, especialmente en la gestión de casos y como fortalecimiento de la atención primaria.	96.30%	nEP11AE01: Potenciar una mayor participación del personal de enfermería en los programas en especial en aspectos tales como la información, la participación y la gestión de casos.	Se adecúa a la redacción de la EP11.

nEP12: Incrementar el papel de la Atención Primaria en la prevención del CCR en general, en la mejora de la educación sanitaria y de la concienciación de la población, así como en la difusión de los programas y el incremento de participación en ellos.	EP12AE01: Búsqueda de alternativas a la atención primaria en la ejecución de los programas.	59.26%		La conformidad con esta formulación, aunque superior al 50%, no es especialmente importante. Se propone su supresión.
	EP12AE02: Disminuir el peso de la ejecución de los programas sobre la atención primaria.	55.56%		Igual que en el caso anterior.
	EP12AE03: Involucrar a atención primaria en la mejora de la educación sobre el CCR, su diagnóstico precoz y prevención.	88.89%	nEP12AE01 ⁷ : Incrementar el papel de la Atención Primaria en la prevención del CCR en general, incluyendo la de los grupos de alto riesgo, en la mejora de la educación sanitaria y de la concienciación de la población, así como en la difusión de los programas y el incremento de participación en ellos.	Se adecúa su redacción a la nueva formulación de la EP12, y se añade el alto riesgo para eliminar EP12AE05. Así, EP12AE03, EP12AE04 y EP12AE05 se fusionan para conformar nEPP12AE01.
	EP12AE04: Promoción las actividades de cooperación en AP tanto en participación como en prevención del CCR.	92.59%		Se propone su fusión con la nueva EP12AE01.
	EP12AE05: Promover actividad de atención primaria en los temas de los grupos de alto riesgo.	77.78%		Se propone su fusión con la nueva EP12AE01.
	nEP13: Promover la mejora de calidad y el <i>benchmarking</i> entre los	EP13AE01: Favorecer el <i>benchmarking</i> entre CC. AA. y programas.	92.59%	nEP13AE01: Promover la mejora de calidad y el <i>benchmarking</i> entre los programas de cribado.

⁷ El promedio conjunto de EP12AE03, EP12AE04 y EP12AE05 es 86.42 %, aplicable a nEP12AE01.

programas de cribado.	EP13AE02: Incentivar la mejora de resultados de los programas.	77.78%		La acción es demasiado abstracta y en realidad el objetivo de mejorar los resultados es finalista y no tanto en cuanto a la construcción de acciones estratégicas. Se propone suprimir.
	EP13AE03: Mejorar el control de calidad de los programas.	92.59%		El control de la calidad forma parte del proceso de mejora de la calidad. Se propone suprimir.
	EP13AE04: Mejorar la calidad del proceso de limpieza intestinal.	88.89%	nEP13AE02: Mejorar la calidad del proceso de limpieza intestinal.	Pasa a ser ahora la EP13AE02. Aunque es un proceso muy concreto se mantiene por su impacto sobre la calidad de la prueba de confirmación diagnóstica.

Acciones estratégicas (AE) de las propuestas estratégicas secundarias (PES)

Las AE de las PES han obtenido también, como en el caso de las de las EP, un buen promedio conjunto de aprobación (88.44 %). Solo una ha obtenido un promedio de aprobación propio inferior al 70 % (la PES06AE02 [Promover políticas de incentivación para los profesionales] con un 62.96 %) y otra un promedio inferior al 80 % (la PES06AE01 [Incentivar la participación en los programas] con un 74.07 %).

Teniendo en cuenta estos resultados, las propuestas de modificación de la matriz DAFO, los comentarios realizados por los investigadores a las AE de las PES y sus propuestas adicionales sobre estas AE de las EPES se proponen las siguientes redacciones alternativas, en las que ya se han actualizado las diferentes PES.

Propuesta estratégica secundaria (PES) (nueva redacción)	Redacción previa AE de PES	Conformidad	Nueva propuesta de redacción de la PES	Justificación
nPES01: Promover la evaluación de resultados en salud dentro de los programas.	PES01AE01: Promover la evaluación de resultados en salud dentro de los programas.	96.30%	nPES01AE01: Promover la evaluación de resultados en salud dentro de los programas.	No se modifica la redacción.
nPES02: Promover la	PES02AE01: Comprobar	96.30%	nPES02AE01: Comprobar impacto y	Se fusionan PES02AE01y

investigación y la innovación dentro de los programas.	impacto y efectividad de los programas.		efectividad de los programas incluyendo su efecto sobre la supervivencia.	PES02AE02 para conformar nPES02AE01
	PES02AE02: Promover la investigación sobre el impacto de los programas sobre la supervivencia.	92.59%		
	PES02AE03: Promover la investigación de estudios de evaluación económica.	88.89%	nPES02AE02: Promover la investigación de estudios de evaluación económica.	Pasa a ser ahora la nPES02AE02; por lo demás queda igual.
	PES02AE04: Desarrollar investigación sobre nuevas pruebas dentro de los programas.	96.30%	nPES02AE03: Desarrollar investigación sobre nuevas tecnologías de cribado dentro de los programas.	Pasa a ser la nPES02AE03 y se fusiona PES0204 y PES02AE05. Se cambia, a sugerencia de un investigador el término “pruebas” por el de tecnologías” y se añade de cribado para dejar claro que se refiere a las exploraciones inherente a este. Se elimina “eficaces” ya que la anterior redacción podría sugerir que las pruebas existen, pero no se aplican.
	PES02AE05: Incorporación de nuevas pruebas de cribado más eficaces.	85.19%		
	PES02AE06: Investigar sobre la incorporación de la inteligencia artificial a los programas.	88.89%	nPES02AE04: Investigar sobre la incorporación de la inteligencia artificial a los programas.	La PES02AE06 pasa a ser nPES02AE04, pero no se modifica la redacción.
	PES02AE07: Investigar y aplicar nuevas ópticas para la detección de lesiones planas	88.89%	nPES02AE05: Investigar y aplicar nuevas ópticas para la detección de lesiones planas	La PES02AE07 se mantiene, pasando a ser la nPES02AE05, dada su valoración de relevancia, aunque, como apunta un investigador podría haberse considerado incluida en la nueva nPES02AE03.
	PES02AE08: Promover la investigación y la innovación	92.59%	nPES02AE06: Promover la investigación y la innovación dentro de	Como en el caso anterior es notable la relevancia otorgada por los investigadores a este

	dentro de los programas con especial referencia a la edad de cribado.		los programas con especial referencia a la edad de cribado.	punto, por lo que la PES02AE08 se mantiene, pasando a ser la nPES02AE06.
	PES02AE09: Promover la investigación y la innovación dentro de los programas con especial referencia a modelos exploratorios globales de las estrategias de cribado, mediante proyectos que impliquen no solo a Salud Pública, sino especialmente a expertos en patología digestiva.	85.19%	nPES02AE07: Promover la investigación y la innovación dentro de los programas con foco especial sobre las estrategias de cribado, mediante proyectos que impliquen no solo a Salud Pública, sino también al resto de especialidades, con especial referencia a expertos en patología digestiva.	La PES02AE09 pasa a ser la nPES02AE07. Se modifica la redacción en atención a algunos comentarios de los investigadores: se elimina “modelos exploratorios globales”; se sigue destacando la importancia de contar con los expertos en digestivo, pero dentro de un marco multidisciplinar.
	PES02AE10: Promover la investigación y la innovación dentro de los programas con especial referencia a los nuevos modelos de cribado.	81.48%		Se propone la supresión por ser redundante con respecto a acciones ya incorporadas.
nPES03: Mejorar la formación e información de los profesionales.	PES03AE01: Establecer planes de formación específicos para los profesionales de los programas.	88.89%	nPES03AE01: Incrementar la formación específica de los profesionales sobre el cribado.	Se propone la fusión de PES03AE01 y PES03AE02 en nPES03AE01, con una nueva redacción integrada.
	PES03AE02: Incrementar la formación de los profesionales sobre el cribado y sus resultados.	92.59%		

	PES03AE03: Incrementar la transparencia y difusión de los resultados de los programas a los profesionales.	96.30%	nPES03AE02: Incrementar la transparencia y difusión de los resultados de los programas a los profesionales.	La PES03AE03 pasa a ser la nPES03AE02. No se modifica la redacción.
nPES04: Incentivar la implicación y motivación de los profesionales involucrados en los programas	PES04AE01: Promover la participación, en general, de los profesionales en los programas.	85.19%	nPES04AE01: Promover una mayor participación de los profesionales sanitarios en la toma de decisiones sobre la ejecución y mejora de los programas.	Se propone fusionar PES04AE01, PES04AE02 y PES06AE01 en nPES04AE01, con una nueva redacción que se centra en aclarar que la participación es en la toma de decisiones y mejoras del proceso.
	PES04AE02: Promover la participación, incluyendo toma de decisiones en la ejecución y mejoras de los programas, de los profesionales integrados en las unidades de cribado.	92.59%		
	PES05AE01: Incentivación de los profesionales.	81.48%	nPES04AE02: Promover políticas de incentivación de los profesionales que favorezcan la calidad científico-técnica y la mejora de los programas.	PES05AE01 pasa a ser la PES04AE02. Se redacta de nuevo para que la redacción sea menos general.
	PES05AE02: Selección de los profesionales de acuerdo con perfiles competenciales.	96.30%	nPES04AE03: Promover la selección de los profesionales de acuerdo con perfiles competenciales.	Pasa a ser la nPES04AE03. Se fusionan las antiguas PES05AE02 y PES06AE02, con una nueva redacción.
	PES06AE01: Incentivar la participación en los programas.	74.07%		Es redundante. Queda incluida en la nueva nPES04AE01
	PES06AE02: Selección de perfiles con incentivos.	62.96%		PES06AE02 se ha fusionado con la PES05AE02 y se integra en la actual nPES04AE03.
	PES07AE01: Promover la colaboración multidisciplinar dentro de los	88.89%		La PES se ha suprimido por no alcanzar la suficiente relevancia.

	programas específicamente de la atención primaria con el resto de los actores involucrados en los programas.			
	PES07AE02: Promover la colaboración multidisciplinar dentro de los programas. incluyendo la coordinación con el liderazgo natural de la Salud Pública en lo referente a los programas.	96.30%		La PES se ha suprimido por no alcanzar la suficiente relevancia.
	PES07AE03: Promover la colaboración multidisciplinar dentro de los programas. incluyendo SS. CC. y otras organizaciones.	92.59%		La PES se ha suprimido por no alcanzar la suficiente relevancia.
	PES07AE04: Favorecer la participación de la sociedad civil en los programas.	81.48%		La PES se ha suprimido por no alcanzar la suficiente relevancia.
nPES05: Incluir el seguimiento pospolipectomía en los programas.	PES08AE01: Incluir el seguimiento pospolipectomía en los programas.	88.89%	nPES05AE01: Incluir el seguimiento pospolipectomía en los programas con adecuación a guías actualizadas.	PES08AE01 pasa a ser nPES05AE01. Se añade en su redacción que el seguimiento debe ajustarse a guías actualizadas.

LIMITACIONES DE ESTA APROXIMACIÓN

En el presente informe se aporta la información casi final del análisis DAFO del proyecto. Respecto de la matriz DAFO se puede considerar que su construcción se deriva directamente de las aportaciones de los investigadores. Es posible que la MDE que se propone como versión definitiva, si bien siempre sujeta a posteriores mejoras puntuales, sea excesivamente sintética respecto a las versiones iniciales. No obstante, se ha optado por

este modelo “esencial” de debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades, para centrarse en lo más importante, descartando lo simplemente “importante”.

En cuanto a las estrategias, la aproximación parte de una propuesta a los investigadores, elaborada por el grupo coordinador, pero directamente derivada de los resultados de la matriz DAFO y comentarios previos de esos mismos investigadores. Se ha vuelto a realizar un esfuerzo para integrar en el resultado final una evaluación de las estrategias lo más objetiva posible, dentro de las limitaciones de las aproximaciones de consenso de un grupo multidisciplinar como el nuestro. Por ello, también en el caso de las estrategias y sus acciones estratégicas, se han tenido en cuenta criterios de pertinencia, relevancia y conformidad (aprobación) de las diferentes formulaciones, para alcanzar finalmente una versión casi final de estas estrategias que servirá de base para la elaboración de las recomendaciones que será el producto final del análisis estratégico.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Matriz DAFO esencial (MDE)

El 100 % de los investigadores han manifestado estar de “de acuerdo” o “completamente de acuerdo” con el conjunto propuesto de debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades de la matriz DAFO esencial (MDE), resultante de las fases previas del análisis estratégico del proyecto. El promedio de conformidad (o aprobación) de cada una de las formulaciones ha sido igualmente alto (89.54 %). Tras de recoger los diferentes comentarios ofrecidos por los investigadores se propone la siguiente nueva redacción de la MDE, que se pretende sea la definitiva dentro de este proyecto (la clave de cada propuesta DAFO se precede de la letra n [= nueva]; tras cada formulación aparece el grado de relevancia otorgado a cada propuesta original de la MDE por los investigadores en una fase previa del proyecto y el del grado de conformidad con la formulación de cada una, obtenido en la presente valoración).

Debilidades	Relevancia	Acuerdo
nD1: Déficits en las estrategias para mejorar la aceptación y la participación en todas las etapas de los programas.	4.33	88.89%
nD2: Dificultades para atender la demanda de colonoscopias con tiempos de espera excesivos tanto en diagnóstico como en seguimiento.	4.19	92.59%
nD3: Información y difusión insuficientes de los programas de cribado entre la población.	4.04	85.19%
nD4: Variabilidad e inequidades entre CC. AA. en el desarrollo de los programas.	3.93	92.59%
nD5: Dificultades en la estandarización y uniformidad de los datos epidemiológicos y de los resultados entre los diferentes programas de cribado españoles, que afectan tanto a su recogida, como a su acceso y exportación.	3.67	81.48%
Amenazas		
nA1: Escasa participación de la población en los programas.	4.44	92.59%
nA2: Dificultades para la financiación y para la incorporación de recursos humanos y materiales.	4.37	85.19%

nA3: Escasa educación sanitaria de la población sobre la epidemiología y la prevención del CCR.	3.85	85.19%
Fortalezas		
nF1: El cribado de CCR forma parte de las carteras de servicio de todas las comunidades.	4.41	92.59%
nF2: Implicación y motivación de los profesionales.	4.11	96.30%
nF3: Calidad científico-técnica de los profesionales y equipamientos.	4.00	96.30%
nF4: Diseño, solidez, calidad y resultados de los programas.	3.89	85.19%
nF5: Implicación de salud pública.	3.70	77.78%
Oportunidades		
nO1: Existencia de un Sistema Nacional de Salud.	4.22	92.59%
nO2: Incrementar el papel de la Atención Primaria en la prevención del CCR en general, en la mejora de la educación sanitaria y de la concienciación de la población, así como en la difusión de los programas y el incremento de participación en ellos.	3.93	100.00%
nO3: El interés y la preocupación de la población por el cáncer hace oportuna una mayor difusión de la prevención del CCR y de los resultados de los programas de cribado.	3.88	85.19%
nO4: Potenciar una mayor participación del personal de enfermería en los programas en especial en aspectos tales como la información, la participación y la gestión de casos.	3.70	92.59%
nO5: Ampliación del intervalo de edad para el cribado, según lo recomendado por la evidencia científica.	3.63	92.59%

Propuestas estratégicas

Estrategías principales (EP)

Todas las EP han superado el nivel de corte de pertinencia. En cuanto a la relevancia todas ha obtenido valoraciones de “muy importante” o “ímporta crucial” con un promedio de 4.23.

Teniendo en cuenta esta valoración y los diferentes comentarios y propuestas adicionales de los investigadores se propone la siguiente nueva redacción de las EP (la clave de cada propuesta de EA se precede de la letra n [= nueva]; tras cada formulación aparece el grado de relevancia otorgado a cada propuesta por los investigadores, obtenido en la presente valoración).

Estrategía principal	Relevancia
nEP01: Promover un acuerdo nacional que sea base de un plan nacional para el cribado del CCR.	4.38
nEP02: Promover la financiación específica y adecuada de los programas.	4.42
nEP03: Mejorar la difusión de los programas.	4.50
nEP04: Mejorar la educación sanitaria de la población.	4.19
nEP05: Mejorar la participación de la población en los programas.	4.62
nEP06: Disminuir la inequidad en el desarrollo de los programas.	4.23
nEP07: Promover mejoras que disminuyan los tiempos de espera excesivos de las colonoscopias tanto en diagnóstico como en seguimiento.	4.15
nEP08: Mejorar la participación dentro de los programas respecto del seguimiento.	4.24

nEP09: Disminuir las dificultades para la estandarización y uniformidad de los datos epidemiológicos y de los resultados entre los diferentes programas de cribado españoles, que afectan tanto a su recogida, como a su acceso y exportación.	3.96
nEP10: Impulsar la valoración la ampliación del intervalo de edad para el cribado, según lo recomendado por la evidencia científica.	4.23
nEP11: Potenciar una mayor participación del personal de enfermería en los programas en especial en aspectos tales como la información, la participación y la gestión de casos.	3.77
nEP12: Incrementar el papel de la Atención Primaria en la prevención del CCR en general, en la mejora de la educación sanitaria y de la concienciación de la población, así como en la difusión de los programas y el incremento de participación en ellos.	4.15
nEP13: Promover la mejora de calidad y el <i>benchmarking</i> entre los programas de cribado.	4.19

Propuestas estratégicas secundarias (PES)

También todas las PES han superado el nivel de corte de pertinencia. En cuanto a la relevancia, cuyo promedio conjunto ha sido de 3.81, todas menos una han sido valoradas como “muy importante”. La ha sido clasificada por los investigadores como de “importancia media”, proponiéndose su eliminación, siguiendo el mismo criterio que en su momento se aplicó en la construcción de la MDE.

Teniendo en cuenta esta valoración junto los diferentes comentarios y propuestas adicionales de los investigadores se propone la siguiente nueva redacción de las PES, donde además de la eliminación de la PES07 se propone la fusión de PES04, PES05 y PES06. En la tabla, la clave de cada propuesta de PES se precede de la letra n [= nueva]; tras cada formulación aparece el grado de relevancia otorgado a cada propuesta por los investigadores, obtenido en la presente valoración (en el caso de nPES04 es el promedio de las tres propuestas originales).

Propuesta estratégica secundaria (PES)	Relevancia
nPES01: Promover la evaluación de resultados en salud dentro de los programas.	3.96
nPES02: Promover la investigación y la innovación dentro de los programas.	3.73
nPES03: Mejorar la formación e información de los profesionales.	3.96
nPES04: Incentivar la implicación y motivación de los profesionales involucrados en los programas.	3.79
nPES05: Incluir el seguimiento pospolipectomía en los programas.	4.12

Acciones estratégicas (AE) de las estrategias principales (EP)

Las AE de las EP han sido bien acogidas por los investigadores, pero la valoración realizada por los investigadores en cuanto a conformidad en su redacción, así como los comentarios realizados han permitido un significativo ajuste y mejora, que incluye tanto nuevas redacciones como diferentes fusiones y supresiones. En la siguiente tabla se presenta el resultado de esa reconstrucción. En ella, tanto las claves de las EP como las de las AE aparecen reasignadas y precedidas de la letra n [= nueva]. En la tercera columna se refleja el grado de conformidad otorgado, que son el promedio conjunto de más de una AE original en casos de fusión.

Estrategia Principal	Acción estratégica	Conformidad
nEP01: Promover un acuerdo nacional que sea base de un plan nacional para el cribado del CCR.	nEP01AE01: Acuerdo nacional para disminuir la variabilidad y las inequidades entre CC. AA.	92.59%
	nEP01AE02: Incluir en el acuerdo propuestas para la optimización de la estandarización conjunta de los programas.	85.19%
	nEP01AE03: Impulsar que el cribado de CCR sea una prestación completamente	85.19%

	desarrollada dentro de la cartera de servicios de todas las CC. AA.	
	nEP01AE04: Favorecer las sinergias y evitar duplicidades entre los diferentes programas de cribado sea cual sea su origen y entidad promotora.	85.19%
	nEP01AE05: Priorizar la extensión, consolidación y evolución de los programas como prestación sanitaria integrada en la cartera común de servicios.	81.48%
nEP02: Promover la financiación específica y adecuada de los programas.	nEP02AE01: Desarrollar circuitos específicos de cribado ajustados a previsiones y con financiación adecuada que permitan además la incorporación de los adecuados recursos humanos y materiales.	90.74%
	nEP02AE02: Mejorar la financiación de los servicios de salud pública de las Consejerías de Sanidad de Las CC. AA., y/o de las oficinas encargadas de los programas de cribado.	85.19%
	nEP02AE03: Búsqueda de financiación complementaria en I+D+i, teniendo en cuenta el favorable entorno europeo.	92.59%
nEP03: Mejorar la difusión de los programas.	nEP03AE01: Promover una mejor difusión pública, transparente y rápida de los resultados de los programas y su verdadero impacto.	90.74%
	nEP03AE02: Mejorar la difusión y el conocimiento de los programas en la población.	96.30%
	nEP03AE03: Buscar sinergias e involucrar a la sociedad civil en la mejora de la difusión y participación de y en los programas.	87.04%
nEP04: Mejorar la educación sanitaria de la población.	nEP04AE01: Incrementar la educación sanitaria de la población en relación con la importancia del CCR y su prevención gracias al cribado, favoreciendo así una mayor participación en los programas	88.89%
nEP05: Mejorar la participación de la población en los programas.	nEP05AE01: Realizar campañas para incrementar la participación de la población.	96.30%
	nEP05AE02: Desarrollar aplicaciones que ayuden a la mejora de la difusión y la participación.	74.07%
	nEP05AE03: Desarrollar acciones dirigidas a la disminución de la brecha de participación de hombres frente a mujeres, de los más jóvenes frente a los de mayor edad y entre niveles socioeconómicos.	81.48%

nEP06: Disminuir la inequidad en el desarrollo de los programas.	nEP06AE01: Disminuir la variabilidad e inequidades en el desarrollo de los programas de cribado de las diferentes CC. AA.	92.59%
	nEP06AE02: Disminuir inequidades en los modelos de financiación de los programas de cribado, favoreciendo aquellos que se viene demostrando más eficientes.	96.30%
nEP07: Promover mejoras que disminuyan los tiempos de espera excesivos de las colonoscopias tanto en diagnóstico como en seguimiento.	nEP07AE01: Circuitos específicos de cribado ajustados a previsiones y con financiación adecuada que permitan un adecuado control de la demanda y eviten demoras.	92.59%
nEP08: Mejorar la participación dentro de los programas respecto del seguimiento.	nEP08AE01: Mejorar la participación en el seguimiento.	85.19%
nEP09: Disminuir las dificultades para la estandarización y uniformidad de los datos epidemiológicos y de los resultados entre los diferentes programas de cribado españoles, que afectan tanto a su recogida, como a su acceso y exportación.	nEP09AE01: Favorecer el desarrollo de sistemas de información digitales más eficientes en la inclusión, consolidación, análisis y difusión de los datos y resultados.	88.89%
	nEP09AE02: Circuitos específicos de cribado ajustados a previsiones y con financiación adecuada que favorezcan una gestión más eficiente y unificada de los datos y los resultados.	88.89%
	nEP09AE03: Promover la estandarización del proceso de cribado dentro de un plan nacional.	92.59%
nEP10: Impulsar la valoración la ampliación del intervalo de edad para el cribado, según lo recomendado por la evidencia científica.	nEP10AE01: Impulsar la valoración de la ampliación del intervalo de edad para el cribado, según lo recomendado por la evidencia científica	92.59%
nEP11: Potenciar una mayor participación del personal de enfermería en los programas en especial en aspectos tales como la información, la participación y la gestión de casos.	nEP11AE01: Potenciar una mayor participación del personal de enfermería en los programas en especial en aspectos tales como la información, la participación y la gestión de casos.	96.30%
nEP12: Incrementar el papel de la Atención Primaria en la prevención del CCR en general, en la mejora de la educación sanitaria y de la concienciación de la población, así como en la difusión de los programas y el incremento de participación en ellos.	nEP12AE01: Incrementar el papel de la Atención Primaria en la prevención del CCR en general, incluyendo la de los grupos de alto riesgo, en la mejora de la educación sanitaria y de la concienciación de la población, así como en la difusión de los programas y el incremento de participación en ellos.	86.42%
nEP13: Promover la mejora de calidad y el <i>benchmarking</i> entre los programas de cribado.	nEP13AE01: Promover la mejora de calidad y el <i>benchmarking</i> entre los programas de cribado.	92.59%
	nEP13AE02: Mejorar la calidad del proceso de limpieza intestinal.	88.89%

Acciones estratégicas (AE) de las propuestas estratégicas secundarias (PES)

En general, también las AE de las PES han sido bien acogidas por los investigadores. Como en el caso de las AE de las EP, la valoración realizada por los investigadores en cuanto a conformidad en su redacción, así como los comentarios realizados han permitido su mejora, incluyendo asimismo nuevas redacciones, fusiones y supresiones. En la siguiente tabla se presenta el resultado de este ajuste. Nuevamente, en ella, tanto las claves de las PES como las de las AE aparecen reasignadas y precedidas de la letra n [= nueva], mientras que al final de cada línea se presenta el grado de conformidad otorgado, que también son promedios conjuntos en caso de fusión.

Propuesta estratégica secundaria	Acción estratégica	Conformidad
nPES01: Promover la evaluación de resultados en salud dentro de los programas.	nPES01AE01: Promover la evaluación de resultados en salud dentro de los programas.	96.30%
nPES02: Promover la investigación y la innovación dentro de los programas.	nPES02AE01: Comprobar impacto y efectividad de los programas incluyendo su efecto sobre la supervivencia.	94.44%
	nPES02AE02: Promover la investigación de estudios de evaluación económica.	88.89%
	nPES02AE03: Desarrollar investigación sobre nuevas tecnologías de cribado dentro de los programas.	90.74%
	nPES02AE04: Investigar sobre la incorporación de la inteligencia artificial a los programas.	88.89%
	nPES02AE05: Investigar y aplicar nuevas ópticas para la detección de lesiones planas	88.89%
	nPES02AE06: Promover la investigación y la innovación dentro de los programas con especial referencia a la edad de cribado.	92.59%
	nPES02AE07: Promover la investigación y la innovación dentro de los programas con foco especial sobre las estrategias de cribado, mediante proyectos que impliquen no solo a Salud Pública, sino también al resto de especialidades, con especial referencia a expertos en patología digestiva.	85.19%
nPES03: Mejorar la formación e información de los profesionales.	nPES03AE01: Incrementar la formación específica de los profesionales sobre el cribado.	90.74%
	nPES03AE02: Incrementar la transparencia y difusión de los resultados de los programas a los profesionales.	96.30%

nPES04: Incentivar la implicación y motivación de los profesionales involucrados en los programas	nPES04AE01: Promover una mayor participación de los profesionales sanitarios en la toma de decisiones sobre la ejecución y mejora de los programas.	83.95%
	nPES04AE02: Promover políticas de incentivación de los profesionales que favorezcan la calidad científico-técnica y la mejora de los programas.	81.48%
	nPES04AE03: Promover la selección de los profesionales de acuerdo con perfiles competenciales.	79.63%
nPES05: Incluir el seguimiento pospolipectomía en los programas.	nPES05AE01: Incluir el seguimiento pospolipectomía en los programas con adecuación a guías actualizadas.	88.89%

Conclusión

La valoración realizada por los investigadores sobre su grado de acuerdo con la matriz DAFO esencial (MDE) presentada ha sido muy alta; además, teniendo en cuenta los promedios de conformidad con las diferentes formulaciones y sus comentarios, ha sido posible ofrecer una versión mejorada de la misma que se puede considerar definitiva, al menos en lo fundamental.

En cuanto a las EP y las PES, también han sido, en general, muy positivas las valoraciones de su pertinencia y relevancia. Con estas valoraciones y los comentarios y propuestas adicionales de los investigadores, se podido ajustar la redacción de las 13 EP presentadas y también las de las 8 PES, que se han reducido a 5, en la nueva versión.

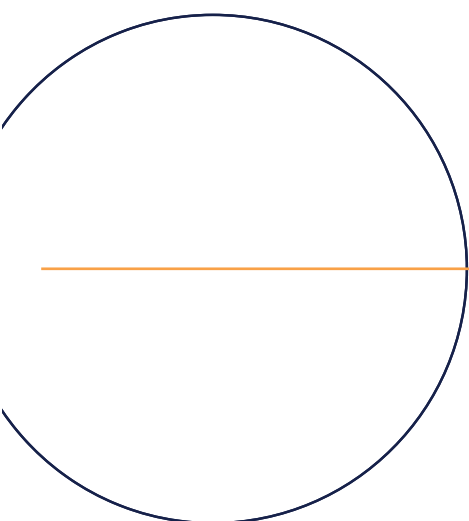
Finalmente, la conformidad expresada por los investigadores con la formulación de las AE asociadas a las diferentes EP y PES ha sido también elevada. En este caso se ha podido también mejorar significativamente su redacción y número, que ha pasado de 64 propuestas de AE (39 para las 13 EP y 25 para las 8 PES iniciales) a 41 (27 para las otra vez 13 EP nuevas y 14 para las 5 PES nuevas).

PROPUESTA DE CONTINUIDAD DEL PROYECTO

La matriz DAFO esencial (MDE) puede darse como definitiva tras esta fase, pendiente de eventuales comentarios adicionales por parte de los investigadores como respuesta a este informe.

Del mismo modo, se incorporarán los comentarios de los investigadores a las nuevas formulaciones presentadas en este informe de las EP y de las PES, junto con sus correspondientes nuevas AE.

Tras ello, en los primeros días de septiembre de 2023 se enviarán a los investigadores una propuesta de recomendaciones, derivadas del presente análisis. Para esta valoración se empleará una metodología adaptada de juicio de adecuación tipo Rand-UCLA.



MATERIAL SUPLEMENTARIO

PROPUESTA RECOMENDACIONES

Material suplementario 11

INFORME SOBRE LA PROPUESTA DE RECOMENDACIONES

CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO

- Antecedentes.
- Metodología seguida en esta fase
 - a. Elaboración de las recomendaciones
 - b. Juicio de adecuación
- Propuesta de recomendaciones
 - a. Recomendaciones
 - b. Promedios de relevancia y de conformidad atribuibles al conjunto de las recomendaciones
- Limitaciones de esta aproximación
- Resumen y conclusiones
- Propuesta de continuidad del proyecto

ANTECEDENTES

A primeros de agosto de 2023, se envió a los investigadores el informe sobre su valoración de la matriz DAFO esencial y las propuestas estratégicas ([material suplementario 10](#)), donde se recoge tanto la matriz DAFO final del proyecto (Matriz DAFO esencial [MDE]), como el listado, igualmente definitivo, de las diferentes propuestas estratégicas.

Con esto se da prácticamente por cerrado el análisis estratégico, del que deben derivarse las recomendaciones del libro blanco sobre los principales retos del cribado del CCR en España.

La construcción de las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades, es decir la matriz DAFO, es obra de los investigadores. A modo de recordatorio introductorio de este informe se reproduce a continuación, en una tabla en la que se presentan las diferentes debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades, su relevancia (en una escala de 1 a 5) a juicio de los investigadores, su equivalente en la escala (casi irrelevante / poco importante / importancia media / muy importante / importancia crucial y el porcentaje de acuerdo (conformidad) para cada una de ellas. A continuación, se presenta una segunda tabla con los estadísticos del conjunto de debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades.

Debilidades	Relevancia	Equivalente	Acuerdo
Déficits en las estrategias para mejorar la aceptación y la participación en todas las etapas de los programas.	4.33	Importancia crucial	88.89 %

Dificultades para atender la demanda de colonoscopias con tiempos de espera excesivos tanto en diagnóstico como en seguimiento.	4.19	Muy importante	92.59 %
Información y difusión insuficientes de los programas de cribado entre la población.	4.04	Muy importante	85.19 %
Variabilidad e inequidades entre CC. AA. en el desarrollo de los programas.	3.93	Muy importante	92.59 %
Dificultades en la estandarización y uniformidad de los datos epidemiológicos y de los resultados entre los diferentes programas de cribado españoles, que afectan tanto a su recogida, como a su acceso y exportación.	3.67	Muy importante	81.48 %
Amenazas			
Escasa participación de la población en los programas.	4.44	Importancia crucial	92.59 %
Dificultades para la financiación y para la incorporación de recursos humanos y materiales.	4.37	Importancia crucial	85.19 %
Escasa educación sanitaria de la población sobre la epidemiología y la prevención del CCR.	3.85	Muy importante	85.19 %
Fortalezas			
El cribado de CCR forma parte de las carteras de servicio de todas las comunidades.	4.41	Importancia crucial	92.59 %
Implicación y motivación de los profesionales.	4.11	Muy importante	96.30 %
Calidad científico-técnica de los profesionales y equipamientos.	4.00	Muy importante	96.30 %
Diseño, solidez, calidad y resultados de los programas.	3.89	Muy importante	85.19 %
Implicación de salud pública.	3.70	Muy importante	77.78 %
Oportunidades			
Existencia de un Sistema Nacional de Salud.	4.22	Importancia crucial	92.59 %
Incrementar el papel de la Atención Primaria en la prevención del CCR en general, en la mejora de la educación sanitaria y de la concienciación de la población, así como en la difusión de los programas y el incremento de participación en ellos.	3.93	Muy importante	100.00 %
El interés y la preocupación de la población por el cáncer hace oportuna una mayor difusión de la prevención del CCR y de los resultados de los programas de cribado.	3.88	Muy importante	85.19 %
Potenciar una mayor participación del personal de enfermería en los programas en especial en aspectos tales como la información, la participación y la gestión de casos.	3.70	Muy importante	92.59 %
Ampliación del intervalo de edad para el cribado, según lo recomendado por la evidencia científica.	3.63	Muy importante	92.59 %

Estadísticos conjuntos de la MDE	Relevancia	Acuerdo
Media aritmética	4.02	89.71 %
Desviación estándar	0.26	5.76 %
Mediana	3.96	92.59 %
Mínimo	3.63	77.78 %
Máximo	4.44	100 %

En cuanto a las propuestas estratégicas, fue el grupo coordinador (GC) del proyecto el que propuso, en su momento, un abanico de ellas, a partir de la más amplia matriz DAFO inicial. Estas propuestas estratégicas han sido revisadas por los investigadores, hasta llegar, como también se explica en el antes mencionado informe, al listado definitivo de estrategias principales (EP) y propuestas estratégicas secundarias (PES), cada una con sus correspondientes acciones estratégicas (AE).

A continuación, también a modo de recordatorio, se presentan los listados de las diferentes EP y PES definitivas, con la relevancia otorgada por los investigadores a cada una de ellas. Cada enunciado viene precedido por su clave, que se inicia con una “n”, indicando que es la “nueva” versión final. Igual que antes se presentan en tablas complementarias los estadísticos de las EP y PES.

Estrategía principal (EP)	Relevancia	Equivalente
nEP01: Promover un acuerdo nacional que sea base de un plan nacional para el cribado del CCR.	4.38	Importancia crucial
nEP02: Promover la financiación específica y adecuada de los programas.	4.42	Importancia crucial
nEP03: Mejorar la difusión de los programas.	4.50	Importancia crucial
nEP04: Mejorar la educación sanitaria de la población.	4.19	Muy importante
nEP05: Mejorar la participación de la población en los programas.	4.62	Importancia crucial
nEP06: Disminuir la inequidad en el desarrollo de los programas.	4.23	Importancia crucial
nEP07: Promover mejoras que disminuyan los tiempos de espera excesivos de las colonoscopias tanto en diagnóstico como en seguimiento.	4.15	Muy importante
nEP08: Mejorar la participación dentro de los programas respecto del seguimiento.	4.24	Importancia crucial
nEP09: Disminuir las dificultades para la estandarización y uniformidad de los datos epidemiológicos y de los resultados entre los diferentes programas de cribado españoles, que afectan tanto a su recogida, como a su acceso y exportación.	3.96	Muy importante
nEP10: Impulsar la valoración de la ampliación del intervalo de edad para el cribado, según lo recomendado por la evidencia científica.	4.23	Importancia crucial

nEP11: Potenciar una mayor participación del personal de enfermería en los programas en especial en aspectos tales como la información, la participación y la gestión de casos.	3.77	Muy importante
nEP12: Incrementar el papel de la Atención Primaria en la prevención del CCR en general, en la mejora de la educación sanitaria y de la concienciación de la población, así como en la difusión de los programas y el incremento de participación en ellos.	4.15	Muy importante
nEP13: Promover la mejora de calidad y el <i>benchmarking</i> entre los programas de cribado.	4.19	Muy importante

Estadísticos conjuntos de las nEP	Relevancia
Media aritmética	4.23
Desviación estándar	0.22
Mediana	4.23
Mínimo	3.77
Máximo	4.62

Propuesta estratégica secundaria (PES)	Relevancia	Equivalencia
nPES01: Promover la evaluación de resultados en salud dentro de los programas.	3.96	Muy importante
nPES02: Promover la investigación y la innovación dentro de los programas.	3.73	Muy importante
nPES03: Mejorar la formación e información de los profesionales.	3.96	Muy importante
nPES04: Incentivar la implicación y motivación de los profesionales involucrados en los programas.	3.79	Muy importante
nPES05: Incluir el seguimiento pos-polipectomía en los programas.	4.12	Muy importante

Estadísticos conjuntos de las nPES	Relevancia
Media aritmética	3.91
Desviación estándar	0.15
Mediana	3.96
Mínimo	3.73
Máximo	4.12

Y en las siguientes tablas se hace lo propio con las AE de cada una de las EP y PES, en este caso añadiendo el grado de conformidad de los investigadores con cada una de las AE (también en este caso se aportan las tablas de los estadísticos del conjunto):

Estrategía Principal (EP)	Acción estratégica (AE)	Conformidad
nEP01: Promover un acuerdo nacional que sea base de un plan nacional para el cribado del CCR.	nEP01AE01: Acuerdo nacional para disminuir la variabilidad y las inequidades entre CC. AA.	92.59 %

	nEP01AE02: Incluir en el acuerdo propuestas para la optimización de la estandarización conjunta de los programas.	85.19 %
	nEP01AE03: Impulsar que el cribado de CCR sea una prestación completamente desarrollada dentro de la cartera de servicios de todas las CC. AA.	85.19 %
	nEP01AE04: Favorecer las sinergias y evitar duplicidades entre los diferentes programas de cribado sea cual sea su origen y entidad promotora.	85.19 %
	nEP01AE05: Priorizar la extensión, consolidación y evolución de los programas como prestación sanitaria integrada en la cartera común de servicios.	81.48 %
nEP02: Promover la financiación específica y adecuada de los programas.	nEP02AE01: Desarrollar circuitos específicos de cribado ajustados a previsiones y con financiación adecuada que permitan además la incorporación de los adecuados recursos humanos y materiales.	90.74 %
	nEP02AE02: Mejorar la financiación de los servicios de salud pública de las Consejerías de Sanidad de Las CC. AA., y/o de las oficinas encargadas de los programas de cribado.	85.19 %
	nEP02AE03: Búsqueda de financiación complementaria en I+D+i, teniendo en cuenta el favorable entorno europeo.	92.59 %
nEP03: Mejorar la difusión de los programas.	nEP03AE01: Promover una mejor difusión pública, transparente y rápida de los resultados de los programas y su verdadero impacto.	90.74 %
	nEP03AE02: Mejorar la difusión y el conocimiento de los programas en la población.	96.30 %
	nEP03AE03: Buscar sinergias e involucrar a la sociedad civil en la mejora de la difusión y participación de y en los programas.	87.04 %
nEP04: Mejorar la educación sanitaria de la población.	nEP04AE01: Incrementar la educación sanitaria de la población en relación con la importancia del CCR y su prevención gracias al cribado, favoreciendo así una mayor participación en los programas	88.89 %
nEP05: Mejorar la participación de la población en los programas.	nEP05AE01: Realizar campañas para incrementar la participación de la población.	96.30 %
	nEP05AE02: Desarrollar aplicaciones que ayuden a la mejora de la difusión y la participación.	74.07 %

	nEP05AE03: Desarrollar acciones dirigidas a la disminución de la brecha de participación de hombres frente a mujeres, de los más jóvenes frente a los de mayor edad y entre niveles socioeconómicos.	81.48 %
nEP06: Disminuir la inequidad en el desarrollo de los programas.	nEP06AE01: Disminuir la variabilidad e inequidades en el desarrollo de los programas de cribado de las diferentes CC. AA.	92.59 %
	nEP06AE02: Disminuir inequidades en los modelos de financiación de los programas de cribado, favoreciendo aquellos que se vienen demostrando más eficientes.	96.30 %
nEP07: Promover mejoras que disminuyan los tiempos de espera excesivos de las colonoscopias tanto en diagnóstico como en seguimiento.	nEP07AE01: Circuitos específicos de cribado ajustados a previsiones y con financiación adecuada que permitan un adecuado control de la demanda y eviten demoras.	92.59 %
nEP08: Mejorar la participación dentro de los programas respecto del seguimiento.	nEP08AE01: Mejorar la participación en el seguimiento.	85.19 %
nEP09: Disminuir las dificultades para la estandarización y uniformidad de los datos epidemiológicos y de los resultados entre los diferentes programas de cribado españoles, que afectan tanto a su recogida, como a su acceso y exportación.	nEP09AE01: Favorecer el desarrollo de sistemas de información digitales más eficientes en la inclusión, consolidación, análisis y difusión de los datos y resultados.	88.89 %
	nEP09AE02: Circuitos específicos de cribado ajustados a previsiones y con financiación adecuada que favorezcan una gestión más eficiente y unificada de los datos y los resultados.	88.89 %
	nEP09AE03: Promover la estandarización del proceso de cribado dentro de un plan nacional.	92.59 %
nEP10: Impulsar la valoración de la ampliación del intervalo de edad para el cribado, según lo recomendado por la evidencia científica.	nEP10AE01: Impulsar la valoración de la ampliación del intervalo de edad para el cribado, según lo recomendado por la evidencia científica	92.59 %
nEP11: Potenciar una mayor participación del personal de enfermería en los programas en especial en aspectos tales como la información, la participación y la gestión de casos.	nEP11AE01: Potenciar una mayor participación del personal de enfermería en los programas en especial en aspectos tales como la información, la participación y la gestión de casos.	96.30 %
nEP12: Incrementar el papel de la Atención Primaria en la prevención del CCR en general, en la mejora de la educación sanitaria y de la concienciación de la población, así como en la difusión de los programas y el incremento de participación en ellos.	nEP12AE01: Incrementar el papel de la Atención Primaria en la prevención del CCR en general, incluyendo la de los grupos de alto riesgo, en la mejora de la educación sanitaria y de la concienciación de la población, así como en la difusión de los programas y el incremento de participación en ellos.	86.42 %

nEP13: Promover la mejora de calidad y el <i>benchmarking</i> entre los programas de cribado.	nEP13AE01: Promover la mejora de calidad y el <i>benchmarking</i> entre los programas de cribado.	92.59 %
	nEP13AE02: Mejorar la calidad del proceso de limpieza intestinal.	88.89 %

Estadísticos conjuntos de las nAE de las nEP	Conformidad
Media aritmética	89.14 %
Desviación estándar	5.29 %
Mediana	88.89 %
Mínimo	74.07 %
Máximo	96.30 %

Propuesta estratégica secundaria	Acción estratégica	Conformidad
nPES01: Promover la evaluación de resultados en salud dentro de los programas.	nPES01AE01: Promover la evaluación de resultados en salud dentro de los programas.	96.30 %
nPES02: Promover la investigación y la innovación dentro de los programas.	nPES02AE01: Comprobar impacto y efectividad de los programas incluyendo su efecto sobre la supervivencia.	94.44 %
	nPES02AE02: Promover la investigación de estudios de evaluación económica.	88.89 %
	nPES02AE03: Desarrollar investigación sobre nuevas tecnologías de cribado dentro de los programas.	90.74 %
	nPES02AE04: Investigar sobre la incorporación de la inteligencia artificial a los programas.	88.89 %
	nPES02AE05: Investigar y aplicar nuevas ópticas para la detección de lesiones planas	88.89 %
	nPES02AE06: Promover la investigación y la innovación dentro de los programas con especial referencia a la edad de cribado.	92.59 %
	nPES02AE07: Promover la investigación y la innovación dentro de los programas con foco especial sobre las estrategias de cribado, mediante proyectos que impliquen no solo a Salud Pública, sino también al resto de especialidades, con especial referencia a expertos en patología digestiva.	85.19 %
nPES03: Mejorar la formación e información de los profesionales.	nPES03AE01: Incrementar la formación específica de los profesionales sobre el cribado.	90.74 %
	nPES03AE02: Incrementar la transparencia y difusión de los resultados de los programas a los profesionales.	96.30 %

nPES04: Incentivar la implicación y motivación de los profesionales involucrados en los programas	nPES04AE01: Promover una mayor participación de los profesionales sanitarios en la toma de decisiones sobre la ejecución y mejora de los programas.	83.95 %
	nPES04AE02: Promover políticas de incentivación de los profesionales que favorezcan la calidad científico-técnica y la mejora de los programas.	81.48 %
	nPES04AE03: Promover la selección de los profesionales de acuerdo con perfiles competenciales.	79.63 %
nPES05: Incluir el seguimiento pospolipectomía en los programas.	nPES05AE01: Incluir el seguimiento pospolipectomía en los programas con adecuación a guías actualizadas.	88.89 %

Estadísticos conjuntos de las nAE de las nPES	Conformidad
Media aritmética	89.07 %
Desviación estándar	5.11 %
Mediana	88.89 %
Mínimo	79.63 %
Máximo	96.30 %

En presente informe se presenta, para la valoración de adecuación por parte de los investigadores, la propuesta de recomendaciones que deberá figurar en el libro blanco como resultado del análisis estratégico realizado.

METODOLOGÍA SEGUIDA EN ESTA FASE

Elaboración de las recomendaciones

Se ha partido de las propuestas estratégicas presentadas líneas arriba, en los antecedentes. Se ha asignado a cada EP y PES un bloque y una sección. Los bloques han sido dos.

- Uno dedicado a la EP nEP01 (Promover un acuerdo nacional que sea base de un plan nacional para el cribado del CCR) que se ha denominado “acuerdo”, con una solo sección igualmente denominada “acuerdo”.
- Otro con el resto de la EP y las PES que se ha denominado “programas”, con las siguientes secciones:
 - Financiación.
 - Difusión y participación.
 - Educación sanitaria.
 - Inequidad.
 - Demoras.
 - Seguimiento.

- Estandarización.
- Edad.
- Enfermería.
- Atención primaria.
- Calidad.
- Resultados.
- Investigación.
- Profesionales.

En la siguiente tabla pueden consultarse estas asignaciones según EP y PES.

Bloque	Sección	Estrategia Principal / PES
Acuerdo	Acuerdo	nEP01: Promover un acuerdo nacional que sea base de un plan nacional para el cribado del CCR.
Programas	Financiación	nEP02: Promover la financiación específica y adecuada de los programas.
Programas	Difusión y participación	nEP03: Mejorar la difusión de los programas. nEP05: Mejorar la participación de la población en los programas. nEP08: Mejorar la participación dentro de los programas respecto del seguimiento.
Programas	Educación sanitaria	nEP04: Mejorar la educación sanitaria de la población.
Programas	Inequidad	nEP06: Disminuir la inequidad en el desarrollo de los programas.
Programas	Demoras	nEP07: Promover mejoras que disminuyan los tiempos de espera excesivos de las colonoscopias tanto en diagnóstico como en seguimiento.
Programas	Seguimiento	nPES05: Incluir el seguimiento pospolipectomía en los programas.
Programas	Estandarización	nEP09: Disminuir las dificultades para la estandarización y uniformidad de los datos epidemiológicos y de los resultados entre los diferentes programas de cribado españoles, que afectan tanto a su recogida, como a su acceso y exportación.
Programas	Edad	nEP10: Impulsar la valoración la ampliación del intervalo de edad para el cribado, según lo recomendado por la evidencia científica.
Programas	Enfermería	nEP11: Potenciar una mayor participación del personal de enfermería en los programas en especial en aspectos tales como la información, la participación y la gestión de casos.
Programas	Atención primaria	nEP12: Incrementar el papel de la Atención Primaria en la prevención del CCR en general, en la mejora de la educación sanitaria y de la concienciación de la población, así como en la difusión de los programas y el incremento de participación en ellos.
Programas	Calidad	nEP13: Promover la mejora de calidad y el benchmarking entre los programas de cribado.
Programas	Resultados	nPES01: Promover la evaluación de resultados en salud dentro de los programas.

Programas	Investigación	nPES02: Promover la investigación y la innovación dentro de los programas.
Programas	Profesionales	nPES03: Mejorar la formación e información de los profesionales. nPES04: Incentivar la implicación y motivación de los profesionales involucrados en los programas.

Cada una de las secciones se corresponde con una sola EP o PES, excepto en «difusión y participación» y en «profesionales». Con el fin de elaborar una sola recomendación para estas dos secciones, se han agrupado las tres EP de «difusión y participación» y las dos PES de «profesionales».

Se han recalculado los promedios de relevancia para las EP o PES, y los de conformidad para las acciones estratégicas, tal como se muestra en las siguientes tablas.

Respecto de las EP de la sección «difusión y participación»:

Sección	Estrategía principal (EP)	Relevancia	
		Original	Conjunta
Difusión y participación	nEP03: Mejorar la difusión de los programas.	4.50	4.45
	nEP05: Mejorar la participación de la población en los programas.	4.62	
	nEP08: Mejorar la participación dentro de los programas respecto del seguimiento.	4.24	

Respecto de las AE de esta misma sección:

Sección	Acciones estratégicas	Conformidad	
		Original	Conjunta
Difusión y participación	nEP03AE01: Promover una mejor difusión pública, transparente y rápida de los resultados de los programas y su verdadero impacto.	90.74 %	87.30 %
	nEP03AE02: Mejorar la difusión y el conocimiento de los programas en la población.	96.30 %	
	nEP03AE03: Buscar sinergias e involucrar a la sociedad civil en la mejora de la difusión y participación de y en los programas.	87.04 %	
	nEP05AE01: Realizar campañas para incrementar la participación de la población.	96.30 %	
	nEP05AE02: Desarrollar aplicaciones que ayuden a la mejora de la difusión y la participación.	74.07 %	
	nEP05AE03: Desarrollar acciones dirigidas a la disminución de la brecha de participación de hombres frente a mujeres, de los más jóvenes frente a los de mayor edad y entre niveles socioeconómicos.	81.48 %	
	nEP08AE01: Mejorar la participación en el seguimiento.	85.19 %	

Respecto de las EP de la sección «profesionales»:

Sección	Estrategia principal (EP) / Propuesta estratégica secundaria (PES)	Relevancia	
		Original	Conjunta
Profesionales	nPES03: Mejorar la formación e información de los profesionales.	3.96	3.87
Profesionales	nPES04: Incentivar la implicación y motivación de los profesionales involucrados en los programas.	3.79	

Y respecto de las AE:

Sección	Acciones estratégicas	Conformidad	
		Original	Conjunta
Profesionales	nPES03AE01: Incrementar la formación específica de los profesionales sobre el cribado.	90.74 %	86.42 %
	nPES03AE02: Incrementar la transparencia y difusión de los resultados de los programas a los profesionales.	96.30 %	
	nPES04AE01: Promover una mayor participación de los profesionales sanitarios sobre la toma de decisiones en la ejecución y mejora de los programas.	83.95 %	
	nPES04AE02: Promover políticas de incentivación de los profesionales que favorezcan la calidad científico-técnica y la mejora de los programas.	81.48 %	
	nPES04AE03: Promover la selección de los profesionales de acuerdo con perfiles competenciales.	79,63 %	

También en cuanto a las acciones estratégicas, la nEP02AE03 (Búsqueda de financiación complementaria en I+D+i, teniendo en cuenta el favorable entorno europeo) se ha retirado de la sección «financiación» para pasar a la de «investigación», de forma que las nuevas conformidades asignadas a cada una de estas dos secciones quedan de la siguiente forma.

Sección	Acciones estratégicas	Conformidad	
		Original	Conjunta
Financiación	nEP02AE01: Desarrollar circuitos específicos de cribado ajustados a previsiones y con financiación adecuada que permitan además la incorporación de los adecuados recursos humanos y materiales.	90.74 %	87.96 %
	nEP02AE02: Mejorar la financiación de los servicios de salud pública de las Consejerías de Sanidad de Las CC. AA., y/o de las oficinas encargadas de los programas de cribado.	85.19 %	
Investigación	nPES02AE01: Comprobar impacto y efectividad de los programas incluyendo su efecto sobre la supervivencia.	94.44 %	90.28 %
	nPES02AE02: Promover la investigación de estudios de evaluación económica.	88.89 %	
	nPES02AE03: Desarrollar investigación sobre nuevas tecnologías de cribado dentro de los programas.	90.74 %	

nPES02AE04: Investigar sobre la incorporación de la inteligencia artificial a los programas.	88.89 %
nPES02AE05: Investigar y aplicar nuevas ópticas para la detección de lesiones planas	88.89 %
nPES02AE06: Promover la investigación y la innovación dentro de los programas con especial referencia a la edad de cribado.	92.59 %
nPES02AE07: Promover la investigación y la innovación dentro de los programas con foco especial sobre las estrategias de cribado, mediante proyectos que impliquen no solo a Salud Pública, sino también al resto de especialidades, con especial referencia a expertos en patología digestiva.	85.19 %
nEP02AE03: Búsqueda de financiación complementaria en I+D+i, teniendo en cuenta el favorable entorno europeo.	92.59 %

Teniendo en cuenta todos estos ajustes, en el siguiente apartado se presenta el listado de recomendaciones, una por sección, que se propone a los investigadores para su consideración.

Los promedios de relevancia, como se ha descrito en informes previos, son los obtenidos tras de calificación de cada investigador para cada uno de los ítems en la siguiente escala de 1 a 5:

- Casi irrelevante (= 1)
- Poco importante (= 2)
- Importancia media (= 3)
- Muy importante (= 4)
- Importancia crucial (= 5)

El equivalente para los promedios de relevancia se corresponde con los siguientes valores:

- Importancia crucial: si promedio de relevancia mayor de 4.20
- Muy importante: si promedio de relevancia mayor de 3.40 y menor o igual a 4.20.
- Importancia media: si promedio de relevancia mayor de 2.60 y menor o igual a 3.40.
- Poco importante: si promedio de relevancia mayor de 1.80 y menor o igual a 2.60.
- Casi irrelevante: si promedio de relevancia menor o igual a 1.80.

En las fases previas de la construcción de la MDE y de las propuestas estratégicas se excluyeron aquellas propuestas cuyo promedio de relevancia fuera ≤ 3.40 , es decir, solo se han incluido propuestas cuya relevancia fuera equivalente a «importancia crucial» o a «muy importante».

Respecto de los porcentajes de conformidad, estos se derivan de la valoración hecha por los investigadores sobre la adecuación de cada AE (Sí/No, [o NS/NC, en caso de no responder]). El porcentaje la proporción de «Sí» respecto del total.

Juicio de adecuación

Se ha preparado un cuestionario REDCap para ser cumplimentado por los investigadores en el que se les solicita su valoración sobre la adecuación de cada una las recomendaciones, en una escala de 1 a 9 (original de la metodología RAND-UCLA de consenso). Además, se les pide que aporten comentarios, si lo desean, tanto para cada una de las recomendaciones como para el conjunto de la propuesta.

En la escala de 1 a 9, 1 significa extremadamente inadecuada y 9 completamente adecuada. La puntuación 5 indica una adecuación equívoca.

Para la distribución de las calificaciones, la escala se divide en tres intervalos:

- Valores entre 1 y 3: inapropiada.
- Valores entre 4 y 6: cuestionable.
- Valores entre 7 y 9: apropiada.

Como medida de centralización se usa la mediana. Como medida de dispersión se aportarán los valores máximo y mínimo y la desviación en valor absoluto de la media respecto de la mediana.

La adecuación de la recomendación se establece del siguiente modo:

- Se calcula la mediana y se sitúa en intervalo que le corresponda.
- Además, se estima si hay acuerdo, o desacuerdo entre los panelistas.

Dado que existen criterios independientes para el acuerdo y el desacuerdo, que no haya acuerdo no significa necesariamente que exista desacuerdo.

Para establecer si existe acuerdo:

- Se eliminan las dos puntuaciones extremas (superior e inferior).
- Todas puntuaciones deben estar en un intervalo de anchura 3.

Para establecer si hay desacuerdo:

- Se eliminan las dos puntuaciones extremas (superior e inferior).

- Al menos una de las puntuaciones pertenece al intervalo inferior (1– 3), y al menos una pertenece al superior (7-9)

A partir de las definiciones anteriores pueden agruparse las recomendaciones en tres categorías:

- Adecuada: la puntuación mediana pertenece al intervalo 7-9 y no existe desacuerdo.
- Inadecuada: la mediana pertenece al intervalo inferior (1-3) sin que exista desacuerdo.
- Equívoca: en cualquiera de las dos siguientes situaciones:
 - Mediana comprendida entre 4 y 6.
 - Presencia de desacuerdo.

En el método de consenso RAND-UCLA se recomienda para grupos de panelistas entre 7 y 11, siendo 9 el ideal. En nuestro estudio participan 27 investigadores; es decir, 3 veces más del óptimo. Es por lo que se va a realizar una agrupación de los panelistas hasta reducirlos a 11 grupos (que coincide con el número de perfiles profesionales integrados en el panel).

1. 8 especialistas de aparato digestivo.
2. 4 especialistas de atención primaria.
3. 2 especialistas de oncología.
4. 2 especialistas de cirugía general y digestiva.
5. 1 especialista de anatomía patológica.
6. 1 especialista de análisis clínicos.
7. 1 especialista de enfermería.
8. 2 especialistas de salud pública.
9. 3 gestores sanitarios.
10. 1 ciudadano / paciente.
11. 2 expertos en medios / periodistas.

Dentro de cada grupo con tres o más representantes, se tomará la mediana de las puntuaciones como la representativa de ese grupo. En el caso de los grupos con solo dos miembros se valorará también la media, que se asignaría a número entero.

PROPUESTA DE RECOMENDACIONES

Recomendaciones

Cada una de las propuestas se presenta con una breve descripción de su trazabilidad y valoraciones previas realizadas por los investigadores, seguida de la propuesta de recomendación en la que se incluye en una fila inferior al texto el equivalente de la valoración de relevancia y el porcentaje de conformidad. Primero se presenta la recomendación general

que corresponde al bloque “acuerdo”, seguidas por el resto, incluidas en el bloque “programas”, ordenadas por sus promedios de relevancia (de mayor a menor).

Propuesta de recomendación núm. 1: establecer un acuerdo nacional

Origen:

EP / PES	Relevancia	Acciones estratégicas	Conformidad
nEP01: Promover un acuerdo nacional que sea base de un plan nacional para el cribado del CCR.	4.38	<p>nEP01AE01: Acuerdo nacional para disminuir la variabilidad y las inequidades entre CC. AA.</p> <p>nEP01AE02: Incluir en el acuerdo propuestas para la optimización de la estandarización conjunta de los programas.</p> <p>nEP01AE03: Impulsar que el cribado de CCR sea una prestación completamente desarrollada dentro de la cartera de servicios de todas las CC. AA.</p> <p>nEP01AE04: Favorecer las sinergias y evitar duplicidades entre los diferentes programas de cribado sea cual sea su origen y entidad promotora.</p> <p>nEP01AE05: Priorizar la extensión, consolidación y evolución de los programas como prestación sanitaria integrada en la cartera común de servicios.</p>	85.93 %

Propuesta de redacción de la recomendación:

Propuesta de recomendación núm. 1: establecer un acuerdo nacional	
<p>Establecer un acuerdo entre todas las instituciones públicas y privadas, relacionadas de una u otra forma con el cribado del cáncer colorrectal en España, para la creación de un espacio de trabajo desde el que promover la consolidación y mejora de los programas españoles, con especial referencia a la disminución de la variabilidad y las inequidades, su estandarización, el pleno desarrollo del cribado dentro de las carteras de servicios y la coordinación, evitando tanto duplicidades como el infraregistro, entre las diferentes variedades de cribado existentes o posibles en nuestro país.</p>	
Relevancia: importancia crucial (4.38)	Conformidad: 85.93 %

Propuesta de recomendación núm. 2: mejorar difusión y participación

Origen:

EP / PES	Relevancia	Acciones estratégicas	Conformidad
<p>nEP03: Mejorar la difusión de los programas.</p> <p>nEP05: Mejorar la participación de la población en los programas.</p> <p>nEP08: Mejorar la participación dentro de los programas respecto del seguimiento.</p>	4.45	<p>nEP03AE01: Promover una mejor difusión pública, transparente y rápida de los resultados de los programas y su verdadero impacto.</p> <p>nEP03AE02: Mejorar la difusión y el conocimiento de los programas en la población.</p> <p>nEP03AE03: Buscar sinergias e involucrar a la sociedad civil en la mejora de la difusión y participación de y en los programas.</p> <p>nEP05AE01: Realizar campañas para incrementar la participación de la población.</p> <p>nEP05AE02: Desarrollar aplicaciones que ayuden a la mejora de la difusión y la participación.</p> <p>nEP05AE03: Desarrollar acciones dirigidas a la disminución de la brecha de participación de hombres frente a mujeres, de los más jóvenes frente a los de mayor edad y entre niveles socioeconómicos.</p> <p>nEP08AE01: Mejorar la participación en el seguimiento.</p>	87.30 %

Propuesta de redacción de la recomendación:

Propuesta de recomendación núm. 2: mejorar difusión y participación	
Mejorar la difusión, conocimiento y participación de la población en los programas mediante campañas informativas, desarrollando aplicaciones y otros recursos que subsanen las brechas de participación actuales, como las que existen en hombres y en personas con bajo nivel socioeconómico.	
Relevancia: importancia crucial (4.45)	Conformidad: 87.30 %

Propuesta de recomendación núm. 3: promover la financiación específica y adecuada de los programas

Origen:

EP / PES	Relevancia	Acciones estratégicas	Conformidad
nEP02: Promover la financiación específica y adecuada de los programas.	4.42	nEP02AE01: Desarrollar circuitos específicos de cribado ajustados a previsiones y con financiación adecuada que permitan además la incorporación de los adecuados recursos humanos y materiales. nEP02AE02: Mejorar la financiación de los servicios de salud pública de las Consejerías de Sanidad de Las CC. AA., y/o de las oficinas encargadas de los programas de cribado.	87.97 %

Propuesta de redacción de la recomendación:

Propuesta de recomendación núm. 3: promover la financiación específica y adecuada de los programas	
Promover la financiación específica y adecuada de todos los programas, incluyendo la de los servicios de salud pública y las oficinas encargadas de estos, permitiendo la debida incorporación de recursos humanos y materiales y facilitando la creación de circuitos específicos.	
Relevancia: importancia crucial (4.42)	Conformidad: 87.97 %

Propuesta de recomendación núm. 4: disminuir la inequidad en el desarrollo de los programas

Origen:

EP / PES	Relevancia	Acciones estratégicas	Conformidad
nEP06: Disminuir la inequidad en el desarrollo de los programas.	4.23	nEP06AE01: Disminuir la variabilidad e inequidades en el desarrollo de los programas de cribado de las diferentes CC. AA. nEP06AE02: Disminuir inequidades en los modelos de financiación de los programas de cribado, favoreciendo aquellos que se vienen demostrando más eficientes.	94.45 %

Propuesta de redacción de la recomendación:

Propuesta de recomendación núm. 4: disminuir la inequidad en el desarrollo de los programas	
Disminuir la variabilidad e inequidades en la financiación y el desarrollo de los programas de cribado, tanto entre como dentro de las diferentes CC. AA., favoreciendo la implantación de los modelos que han demostrado mayor eficiencia.	
Relevancia: importancia crucial (4.23)	Conformidad: 94.45 %

Propuesta de recomendación núm. 5: ampliar el intervalo de edad para el cribado

Origen:

EP / PES	Relevancia	Acciones estratégicas	Conformidad
nEP10: Impulsar la valoración de la ampliación del intervalo de edad para el cribado, según lo recomendado por la evidencia científica.	4.23	nEP10AE01: Impulsar la valoración de la ampliación del intervalo de edad para el cribado, según lo recomendado por la evidencia científica.	92.59 %

Propuesta de redacción de la recomendación:

Propuesta de recomendación núm. 5: ampliar el intervalo de edad para el cribado	
Impulsar la valoración de la ampliación del intervalo de edad para el cribado, según lo recomendado por la evidencia científica.	
Relevancia: importancia crucial (4.23)	Conformidad: 92.59 %

Propuesta de recomendación núm. 6: promover la calidad y el benchmarking entre programas

Origen:

EP / PES	Relevancia	Acciones estratégicas	Conformidad
nEP13: Promover la mejora de calidad y el benchmarking entre los programas de cribado.	4.19	nEP13AE01: Promover la mejora de calidad y el benchmarking entre los programas de cribado. nEP13AE02: Mejorar la calidad del proceso de limpieza intestinal.	90.74 %

Propuesta de redacción de la recomendación:

Propuesta de recomendación núm. 6: promover la calidad y el benchmarking entre programas	
Promover la mejora de calidad y el benchmarking entre los programas de cribado, incluyendo la optimización de las preparaciones intestinales para la colonoscopia.	
Relevancia: muy importante (4.19)	Conformidad: 90.74 %

Propuesta de recomendación núm. 7: mejorar la educación sanitaria de la población

Origen:

EP / PES	Relevancia	Acciones estratégicas	Conformidad
nEP04: Mejorar la educación sanitaria de la población.	4.19	nEP04AE01: Incrementar la educación sanitaria de la población en relación con la importancia del CCR y su prevención gracias al cribado, favoreciendo así una mayor participación en los programas.	88.89 %

Propuesta de redacción de la recomendación:

Propuesta de recomendación núm. 7: mejorar la educación sanitaria de la población	
Incrementar la educación sanitaria de la población en relación con la importancia del cáncer colorrectal y su prevención gracias al cribado, favoreciendo así una mayor participación en los programas.	
Relevancia: muy importante (4.19)	Conformidad: 88.89 %

Propuesta de recomendación núm. 8: mejorar los tiempos de espera para la realización de las pruebas

Origen:

EP / PES	Relevancia	Acciones estratégicas	Conformidad
nEP07: Promover mejoras que disminuyan los tiempos de espera excesivos de las colonoscopias tanto en diagnóstico como en seguimiento.	4.15	nEP07AE01: Circuitos específicos de cribado ajustados a previsiones y con financiación adecuada que permitan un adecuado control de la demanda y eviten demoras.	92.59

Propuesta de redacción de la recomendación:

Propuesta de recomendación núm. 8: mejorar los tiempos de espera para la realización de las pruebas	
Favorecer la existencia de circuitos específicos de cribado, ajustados a previsiones y con financiación adecuada, que permitan un adecuado control de la demanda y eviten demoras en la realización de las diferentes pruebas con especial atención a las colonoscopias tanto en diagnóstico como en seguimiento.	
Relevancia: muy importante (4.15)	Conformidad: 92.59 %

Propuesta de recomendación núm. 9: incrementar el papel de la Atención Primaria

Origen:

EP / PES	Relevancia	Acciones estratégicas	Conformidad
nEP12: Incrementar el papel de la Atención Primaria en la prevención del CCR en general, en la mejora de la educación sanitaria y de la concienciación de la población, así como en la difusión de los programas y el incremento de participación en ellos.	4.15	nEP12AE01: Incrementar el papel de la Atención Primaria en la prevención del CCR en general, incluyendo la de los grupos de alto riesgo, en la mejora de la educación sanitaria y de la concienciación de la población, así como en la difusión de los programas y el incremento de participación en ellos.	86.42 %

Propuesta de redacción de la recomendación:

Propuesta de recomendación núm. 9: incrementar el papel de la Atención Primaria	
Incrementar el papel de la Atención Primaria en la prevención del CCR en general, incluyendo la de los grupos de alto riesgo, en la mejora de la educación sanitaria y de la concienciación de la población, así como en la difusión de los programas y el incremento de participación en ellos.	
Relevancia: muy importante (4.15)	Conformidad: 86.42 %

Propuesta de recomendación núm. 10: gestión del seguimiento pos-polipectomía

Origen:

EP / PES	Relevancia	Acciones estratégicas	Conformidad
nPES05: Incluir el seguimiento pos-polipectomía en los programas.	4.12	nPES05AE01: Incluir el seguimiento pos-polipectomía en los programas con adecuación a guías actualizadas.	88.89 %

Propuesta de redacción de la recomendación:

Propuesta de recomendación núm. 10: gestión del seguimiento pos-polipectomía	
Incluir el seguimiento pos-polipectomía en los programas con adecuación a guías actualizadas.	
Relevancia: muy importante (4.12)	Conformidad: 88.89 %

Propuesta de recomendación núm. 11: promover la evaluación de resultados en salud

Origen:

EP / PES	Relevancia	Acciones estratégicas	Conformidad
nPES01: Promover la evaluación de resultados en salud dentro de los programas.	3.96	nPES01AE01: Promover la evaluación de resultados en salud dentro de los programas.	96.30 %

Propuesta de redacción de la recomendación:

Propuesta de recomendación núm. 11: promover la evaluación de resultados en salud	
Promover la evaluación de resultados en salud dentro de los programas.	
Relevancia: muy importante (3.96)	Conformidad: 96.30 %

Propuesta de recomendación núm. 12: disminuir las dificultades para la estandarización y uniformidad

Origen:

EP / PES	Relevancia	Acciones estratégicas	Conformidad
nEP09: Disminuir las dificultades para la estandarización y uniformidad de los datos epidemiológicos y de los resultados entre los diferentes programas de cribado españoles, que afectan tanto a su recogida, como a su acceso y exportación.	3.96	<p>nEP09AE01: Favorecer el desarrollo de sistemas de información digitales más eficientes en la inclusión, consolidación, análisis y difusión de los datos y resultados.</p> <p>nEP09AE02: Circuitos específicos de cribado ajustados a previsiones y con financiación adecuada que favorezcan una gestión más eficiente y unificada de los datos y los resultados.</p> <p>nEP09AE03: Promover la estandarización del proceso de cribado dentro de un plan nacional.</p>	90.12 %

Propuesta de redacción de la recomendación:

Propuesta de recomendación núm. 12: disminuir las dificultades para la estandarización y uniformidad	
Disminuir las dificultades para la estandarización y uniformidad de los datos epidemiológicos y de los resultados entre los diferentes programas de cribado españoles, que afectan tanto a su recogida, como a su acceso y exportación.	
Relevancia: muy importante (3.96)	Conformidad: 90.12 %

Propuesta de recomendación núm. 13: mejorar la formación, información y participación de los profesionales

Origen:

EP / PES	Relevancia	Acciones estratégicas	Conformidad
nPES03: Mejorar la formación e información de los profesionales. nPES04: Incentivar la implicación y motivación de los profesionales involucrados en los programas.	3.87	nPES03AE01: Incrementar la formación específica de los profesionales sobre el cribado. nPES03AE02: Incrementar la transparencia y difusión de los resultados de los programas a los profesionales. nPES04AE01: Promover una mayor participación de los profesionales sanitarios en la toma de decisiones sobre la ejecución y mejora de los programas. nPES04AE02: Promover políticas de incentivación de los profesionales que favorezcan la calidad científico-técnica y la mejora de los programas. nPES04AE03: Promover la selección de los profesionales de acuerdo con perfiles competenciales.	86.42 %

Propuesta de redacción de la recomendación:

Propuesta de recomendación núm. 13: mejorar la formación, información y participación de los profesionales	
Mejorar la formación e información de los profesionales involucrados en el cribado, también en lo referente a sus propios resultados, favoreciendo además su incentivación, motivación e implicación, incluyendo su participación en la toma de decisiones.	
Relevancia: muy importante (3.87)	Conformidad: 86.42 %

Propuesta de recomendación núm. 14: potenciar la participación de enfermería

Origen:

EP / PES	Relevancia	Acciones estratégicas	Conformidad
nEP11: Potenciar una mayor participación del personal de enfermería en los programas en especial en aspectos tales como la información, la	3.77	nEP11AE01: Potenciar una mayor participación del personal de enfermería en los programas en especial en aspectos tales como la información, la participación y la gestión de casos.	96.30 %

participación y la gestión de casos.			
--------------------------------------	--	--	--

Propuesta de redacción de la recomendación:

Propuesta de recomendación núm. 14: potenciar la participación de enfermería	
Potenciar la participación del personal de enfermería en los programas en especial en aspectos tales como la información, la participación de la población y la gestión de casos.	
Relevancia: muy importante (3.77)	Conformidad: 96.30 %

Propuesta de recomendación núm. 15: promover la investigación y la innovación dentro de los programas

Origen:

EP / PES	Relevancia	Acciones estratégicas	Conformidad
nPES02: Promover la investigación y la innovación dentro de los programas.	3.73	<p>nPES02AE01: Comprobar impacto y efectividad de los programas incluyendo su efecto sobre la supervivencia.</p> <p>nPES02AE02: Promover la investigación de estudios de evaluación económica.</p> <p>nPES02AE03: Desarrollar investigación sobre nuevas tecnologías de cribado dentro de los programas.</p> <p>nPES02AE04: Investigar sobre la incorporación de la inteligencia artificial a los programas.</p> <p>nPES02AE05: Investigar y aplicar nuevas ópticas para la detección de lesiones planas</p> <p>nPES02AE06: Promover la investigación y la innovación dentro de los programas con especial referencia a la edad de cribado.</p> <p>nPES02AE07: Promover la investigación y la innovación dentro de los programas con foco especial sobre las estrategias de cribado, mediante proyectos que impliquen no solo a Salud Pública, sino también al resto de</p>	90.28 %

		<p>especialidades, con especial referencia a expertos en patología digestiva.</p> <p>nEP02AE03: Búsqueda de financiación complementaria en I+D+i, teniendo en cuenta el favorable entorno europeo.</p>	
--	--	--	--

Propuesta de redacción de la recomendación:

Propuesta de recomendación núm. 15: promover la investigación y la innovación dentro de los programas	
<p>Promover la investigación y la innovación de perfil multidisciplinar dentro de los programas, con foco en cuestiones tales como el impacto y la efectividad de los programas (incluyendo su efecto sobre la supervivencia), las estrategias de cribado, la evaluación económica y la aplicación de las nuevas tecnologías, incluyendo el diagnóstico óptico y la incorporación de la inteligencia artificial. Destacar el favorable entorno europeo actual para la financiación complementaria de estos proyectos.</p>	
Relevancia: muy importante (3.73)	Conformidad: 90.28 %

Promedios de relevancia y de conformidad atribuibles al conjunto de las recomendaciones

Promedios de las valoraciones de relevancia y de conformidad atribuibles a las recomendaciones

En la siguiente tabla se presentan las medias aritméticas de los promedios de las valoraciones de relevancia y de conformidad atribuibles al conjunto de las recomendaciones presentadas, junto con su desviación estándar, los valores mínimo y máximo y su mediana.

	Relevancia	Conformidad
Media aritmética	4.12	90.34 %
Desviación estándar	0.22	3.46 %
Valor mínimo	3.73	85.93 %
Valor máximo	4.45	96.30 %
Mediana	4.15	90.12 %

LIMITACIONES DE ESTA APROXIMACIÓN

Las recomendaciones presentadas son reflejo del análisis estratégico realizado, en el que el protagonismo de las aportaciones procede del consenso de los investigadores. La principal limitación es, por tanto, que todo consenso refleja opiniones. No obstante, el proceso ha sido consistente y todas las recomendaciones se apoyan en estrategias y acciones consideradas por los investigadores como al menos muy importantes, sino de importancia crucial, y promedios de juicio de conformidad de esas mismas estrategias o acciones también elevados, como puede comprobarse en la tabla presentada al final del apartado anterior.

Aunque no es exactamente una limitación sí es importante tener en cuenta que las recomendaciones no tienen en cuenta más que los resultados del análisis estratégico. Es decir, no representan las conclusiones, sino que son la parte final del proceso de elaboración del consenso que se basa en las opiniones de los investigadores. Por tanto, son parte del proyecto, pero no su resumen o conclusión.

Una de las características más relevantes de este proyecto es que por diseño se ha planteado como un libro blanco desde la perspectiva de la especialidad de aparato digestivo. Es por ello que el panel de investigadores, compuesto por 27 personas, tiene una mayoría relativa de especialistas de aparato digestivo (8 de los 27). Hasta ahora la elaboración del consenso que conduce a esta etapa final de recomendaciones es reflejo de ese panel y su composición. Es cierto, que en todo momento se han tenido en cuenta los comentarios particulares de los panelistas y que se han incorporado muchos aspectos que podemos considerar posiciones claramente integradoras y multidisciplinarias. No obstante, en la última etapa del proceso de consenso se introduce una herramienta para la valoración del juicio de adecuación, como se describe en el apartado de metodología de este informe. Se trata del uso de la escala RAND-UCLA para los juicios de adecuación, con la que se pretende analizar esa adecuación en el conjunto de los 27 investigadores, pero también, gracias a la agrupación de los resultados por perfil de los panelistas, la que se correspondería con un panel paritario respecto de los perfiles representados. Es decir, aunque por diseño el consenso parte de la perspectiva de la especialidad, se añadirá también cuál sería el juicio final de la adecuación de las recomendaciones desde una perspectiva multidisciplinar estricta.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Se presentan a los investigadores, para que juzguen su adecuación, una propuesta de 15 recomendaciones que se derivan de las diferentes propuestas estratégicas elaboradas previamente.

La primera recomendación se refiere al marco general del cribado, y las restantes se relacionan con retos concretos del cribado en nuestro país.

Estas recomendaciones son:

núm.	Recomendación	Relevancia	Conformidad
1	Establecer un acuerdo entre todas las instituciones públicas y privadas, relacionadas de una u otra forma con el cribado del cáncer colorrectal en España, para la creación de un espacio de trabajo desde el que promover la consolidación y mejora de los programas españoles, con especial referencia a la disminución de la variabilidad y las inequidades, su estandarización, el pleno desarrollo del cribado dentro de las carteras de servicios y la coordinación, evitando tanto duplicidades como el infraregistro, entre las diferentes variedades de cribado existentes o posibles en nuestro país.	4,38	85,93%
2	Mejorar la difusión, conocimiento y participación de la población en los programas mediante campañas informativas, desarrollando aplicaciones y otros recursos que subsanen las brechas de participación actuales, como las que existen en hombres y en personas con bajo nivel socioeconómico.	4,45	87,30%
3	Promover la financiación específica y adecuada de todos los programas, incluyendo la de los servicios de salud pública y las oficinas encargadas de estos, permitiendo la debida incorporación de recursos humanos y materiales y facilitando la creación de circuitos específicos.	4,42	87,96%
4	Disminuir la variabilidad e inequidades en la financiación y el desarrollo de los programas de cribado, tanto entre como dentro de las diferentes CC. AA., favoreciendo la implantación de los modelos que han demostrado mayor eficiencia.	4,23	94,44%
5	Impulsar la valoración de la ampliación del intervalo de edad para el cribado, según lo recomendado por la evidencia científica.	4,23	92,59%
6	Promover la mejora de calidad y el benchmarking entre los programas de cribado, incluyendo la optimización de las preparaciones intestinales para la colonoscopia.	4,19	90,74%
7	Incrementar la educación sanitaria de la población en relación con la importancia del cáncer colorrectal y su prevención gracias al cribado, favoreciendo así una mayor participación en los programas.	4,19	88,89%
8	Favorecer la existencia de circuitos específicos de cribado, ajustados a previsiones y con financiación adecuada, que permitan un adecuado control de la demanda y eviten demoras en la realización de las diferentes pruebas con especial atención a las colonoscopias tanto en diagnóstico como en seguimiento.	4,15	92,59%
9	Incrementar el papel de la Atención Primaria en la prevención del CCR en general, incluyendo la de los grupos de alto riesgo, en la mejora de la educación sanitaria y de la concienciación de la población, así como en la difusión de los programas y el incremento de participación en ellos.	4,15	86,42%
10	Incluir la gestión del seguimiento postpolipectomía dentro de los programas.	4,12	88,89%
11	Promover la evaluación de resultados en salud dentro de los programas.	3,96	96,30%
12	Disminuir las dificultades para la estandarización y uniformidad de los datos epidemiológicos y de los resultados entre los diferentes programas de cribado españoles, que afectan tanto a su recogida, como a su acceso y exportación.	3,96	90,12%

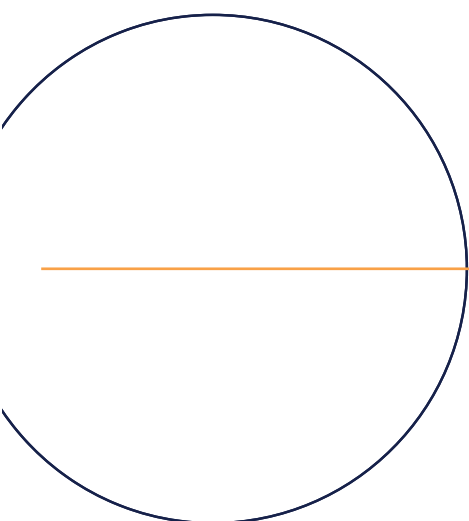
13	Mejorar la formación e información de los profesionales involucrados en el cribado, también en lo referente a sus propios resultados, favoreciendo además su incentivación, motivación e implicación, incluyendo su participación en la toma de decisiones.	3,87	86,42%
14	Potenciar la participación del personal de enfermería en los programas en especial en aspectos tales como la información, la participación de la población y la gestión de casos.	3,77	96,30%
15	Promover la investigación y la innovación de perfil multidisciplinar dentro de los programas, con foco en cuestiones tales como el impacto y la efectividad de los programas (incluyendo su efecto sobre la supervivencia), las estrategias de cribado, la evaluación económica y la aplicación de las nuevas tecnologías, incluyendo el diagnóstico óptico y la incorporación de la inteligencia artificial. Destacar el favorable entorno europeo actual para la financiación complementaria de estos proyectos.	3,73	90,28%

En conclusión, puede afirmarse que estas recomendaciones representan, con elevados valores en los juicios de relevancia y conformidad, el proceso de consenso entre los investigadores con respecto a las debilidades, amenazas y oportunidades de los programas de cribado de cáncer colorrectal, y especialmente sobre las estrategias y acciones que se deberían abordar para enfrentar sus retos y problemas.

PROPUESTA DE CONTINUIDAD DEL PROYECTO

Con esta valoración de la adecuación de las recomendaciones se completa el proceso de consenso en el que se ha utilizado un análisis estratégico DAFO para construir:

- La matriz de debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades, incluyendo:
 - El acuerdo global de los investigadores con ella.
 - La relevancia que los investigadores atribuyen a cada una de ellas.
- Las propuestas estratégicas para enfrentar los retos de los programas de cribado del CCR en España, incluyendo:
 - La relevancia otorgada por los investigadores a cada una de las estrategias y propuestas estratégicas secundarias que han dado lugar a cada recomendación.
 - La conformidad otorgada por los investigadores a cada uno de los bloques de acciones estratégicas que se integran en cada recomendación.
- Con la presente última fase del análisis estratégico se pretende juzgar la:
 - Adecuación de las recomendaciones desde la perspectiva del conjunto de panelistas.
 - Adecuación de las recomendaciones agrupando el panel en bloques que corresponde a cada uno de los perfiles de investigador incluidos.



MATERIAL SUPLEMENTARIO

ADECUACIÓN RECOMENDACIONES

Material suplementario 12

INFORME SOBRE LA EVALUACIÓN DE ADECUACIÓN DE LAS RECOMENDACIONES

CONTENIDO DE ESTE DOCUMENTO

- Antecedentes.
- Metodología seguida en esta fase
- Resultados de la evaluación de adecuación
- Limitaciones de esta aproximación
- Resumen y conclusiones
- Propuesta de continuidad del proyecto

ANTECEDENTES

A primeros de septiembre de este año 2023, se envió a los investigadores el *Informe sobre la propuesta de recomendaciones (material suplementario 11)* junto con el acceso a un cuestionario REDCap en el que se les pedía un juicio de adecuación sobre cada una de esas recomendaciones, elaboradas previamente como resultado final del análisis estratégico realizado.

Las recomendaciones que se enviaron para el juicio de adecuación se presentan en la siguiente tabla junto con las valoraciones de pertinencia y relevancia obtenidas en la fase previa.

núm.	Recomendación	Relevancia	Conformidad
1	Establecer un acuerdo entre todas las instituciones públicas y privadas, relacionadas de una u otra forma con el cribado del cáncer colorrectal en España, para la creación de un espacio de trabajo desde el que promover la consolidación y mejora de los programas españoles, con especial referencia a la disminución de la variabilidad y las inequidades, su estandarización, el pleno desarrollo del cribado dentro de las carteras de servicios y la coordinación, evitando tanto duplicidades como el infraregistro, entre las diferentes variedades de cribado existentes o posibles en nuestro país.	4,38	85,93%
2	Mejorar la difusión, conocimiento y participación de la población en los programas mediante campañas informativas, desarrollando aplicaciones y otros recursos que subsanen las brechas de participación actuales, como las que existen en hombres y en personas con bajo nivel socioeconómico.	4,45	87,30%
3	Promover la financiación específica y adecuada de todos los programas, incluyendo la de los servicios de salud pública y las oficinas encargadas de estos, permitiendo la debida incorporación de recursos humanos y materiales y facilitando la creación de circuitos específicos.	4,42	87,96%
4	Disminuir la variabilidad e inequidades en la financiación y el desarrollo de los programas de cribado, tanto entre como dentro de las diferentes CC. AA., favoreciendo la implantación de los modelos que han demostrado mayor eficiencia.	4,23	94,44%

5	Impulsar la valoración de la ampliación del intervalo de edad para el cribado, según lo recomendado por la evidencia científica.	4,23	92,59%
6	Promover la mejora de calidad y el <i>benchmarking</i> entre los programas de cribado, incluyendo la optimización de las preparaciones intestinales para la colonoscopia.	4,19	90,74%
7	Incrementar la educación sanitaria de la población en relación con la importancia del cáncer colorrectal y su prevención gracias al cribado, favoreciendo así una mayor participación en los programas.	4,19	88,89%
8	Favorecer la existencia de circuitos específicos de cribado, ajustados a previsiones y con financiación adecuada, que permitan un adecuado control de la demanda y eviten demoras en la realización de las diferentes pruebas con especial atención a las colonoscopias tanto en diagnóstico como en seguimiento.	4,15	92,59%
9	Incrementar el papel de la Atención Primaria en la prevención del CCR en general, incluyendo la de los grupos de alto riesgo, en la mejora de la educación sanitaria y de la concienciación de la población, así como en la difusión de los programas y el incremento de participación en ellos.	4,15	86,42%
10	Incluir el seguimiento pospolipectomía en los programas con adecuación a guías actualizadas.	4,12	88,89%
11	Promover la evaluación de resultados en salud dentro de los programas.	3,96	96,30%
12	Disminuir las dificultades para la estandarización y uniformidad de los datos epidemiológicos y de los resultados entre los diferentes programas de cribado españoles, que afectan tanto a su recogida, como a su acceso y exportación.	3,96	90,12%
13	Mejorar la formación e información de los profesionales involucrados en el cribado, también en lo referente a sus propios resultados, favoreciendo además su incentivación, motivación e implicación, incluyendo su participación en la toma de decisiones.	3,87	86,42%
14	Potenciar la participación del personal de enfermería en los programas en especial en aspectos tales como la información, la participación de la población y la gestión de casos.	3,77	96,30%
15	Promover la investigación y la innovación de perfil multidisciplinar dentro de los programas, con foco en cuestiones tales como el impacto y la efectividad de los programas (incluyendo su efecto sobre la supervivencia), las estrategias de cribado, la evaluación económica y la aplicación de las nuevas tecnologías, incluyendo el diagnóstico óptico y la incorporación de la inteligencia artificial. Destacar el favorable entorno europeo actual para la financiación complementaria de estos proyectos.	3,73	90,28%

En el presente informe se presentan los resultados del citado juicio de adecuación realizado por los investigadores.

METODOLOGÍA SEGUIDA EN ESTA FASE

En el cuestionario REDCap enviado para ser cumplimentado por los investigadores se solicitaba su valoración sobre la adecuación de cada una de las recomendaciones, en una escala de 1 a 9 (original de la metodología RAND-UCLA de consenso). Además, se les pidió que aportasen

comentarios, si lo deseaban, tanto para cada una de las recomendaciones como para el conjunto de la propuesta.

En la escala de 1 a 9, 1 significa extremadamente inadecuada y 9 completamente adecuada. La puntuación 5 indica una adecuación equívoca.

Para la distribución de las calificaciones, la escala se divide en tres intervalos:

- Valores entre 1 y 3: inapropiada.
- Valores entre 4 y 6: cuestionable.
- Valores entre 7 y 9: apropiada.

Como medida de centralización se usa la mediana. Como medida de dispersión los valores máximo y mínimo y la desviación en valor absoluto del promedio respecto de la mediana.

La adecuación de la recomendación se establece del siguiente modo:

- Se calcula la mediana y se sitúa en intervalo que le corresponda.
- Además, se estima si hay acuerdo, o desacuerdo entre los panelistas.

Dado que existen criterios independientes para el acuerdo y el desacuerdo, que no haya acuerdo no significa necesariamente que exista desacuerdo.

Para establecer si existe acuerdo:

- Se considera el intervalo de 3 en el que se sitúa la mediana (1-3, 4-6 o 7-9).
- Se calcula la proporción de investigadores que han puntuado dentro de ese intervalo.
- Se considera acuerdo si esa proporción es igual o superior a $7/9$ ($\geq 0,77$)

Para establecer si hay desacuerdo:

- Se consideran los intervalos extremos (1-3 y 7-9).
- Se calcula la proporción de investigadores incluidos en cada uno de los dos intervalos extremos.
- Se considera que existe desacuerdo si la proporción de panelistas en cada uno de los dos intervalos extremos es $\geq 0,33$.

Una recomendación que no cumpla con los que criterios de acuerdo ni de desacuerdo se considera indeterminada.

A partir de las definiciones anteriores pueden agruparse las recomendaciones en tres categorías:

- Adecuada: la mediana pertenece al intervalo 7-9 y no existe desacuerdo.

- Inadecuada: la mediana pertenece al intervalo inferior (1-3) sin que exista desacuerdo.
- Equívoca: en cualquiera de las dos siguientes situaciones:
 - Mediana comprendida entre 4 y 6.
 - Presencia de desacuerdo.

En el método de consenso RAND-UCLA se recomienda para grupos de panelistas entre 7 y 11, siendo 9 el ideal. En nuestro estudio participan 27 investigadores; es decir, 3 veces más del óptimo. Es por ello por lo que se ha realizado una agrupación de los panelistas hasta reducirlos a 11 grupos (que coincide con el número de perfiles profesionales integrados en el panel).

12. 8 especialistas de aparato digestivo.
13. 4 especialistas de atención primaria.
14. 2 especialistas de oncología.
15. 2 especialistas de cirugía general y digestiva.
16. 1 especialista de anatomía patológica.
17. 1 especialista de análisis clínicos.
18. 1 especialista de enfermería.
19. 2 especialistas de salud pública.
20. 3 gestores sanitarios.
21. 1 ciudadano / paciente.
22. 2 expertos en medios / periodistas.

Dentro de cada grupo con tres o más representantes, se tomará la mediana de las puntuaciones como la representativa de ese grupo.

RESULTADOS DEL JUICIO DE ADECUACIÓN

Resultados de adecuación teniendo en cuenta las puntuaciones individuales de los 27 investigadores

La siguiente tabla muestra el resumen de los resultados obtenidos para el conjunto de investigadores. En su parte superior se presentan las puntuaciones individuales de los investigadores y en la inferior los resultados conjuntos.

Perfil	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	R14	R15
Salud Pública	8	9	9	7	9	7	8	8	8	9	9	7	8	9	7
Especialista de digestivo	9	9	9	9	7	9	9	9	8	9	9	8	9	9	8
Especialista de laboratorio	9	9	9	8	8	8	9	7	9	7	8	7	8	7	8
Gestor Sanitario	9	9	9	9	9	8	8	8	8	8	8	9	9	9	9
Experto medios y/o periodista	9	7	7	7	8	7	7	8	6	8	9	8	7	8	8
Experto medios y/o periodista	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Especialista de at. primaria	9	9	9	9	8	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Especialista de digestivo	9	8	9	9	9	8	7	7	9	9	8	8	7	9	8
Especialista de cirugía	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Especialista de oncología	9	9	9	9	8	8	9	9	8	8	9	8	8	8	9

Especialista de digestivo	7	8	9	9	9	9	7	9	8	9	9	9	9	5	9
Ciudadano y/o paciente	9	7	9	9	7	7	9	9	9	7	8	7	9	7	9
Especialista de digestivo	9	8	9	8	7	7	7	8	7	7	7	7	7	7	7
Gestor Sanitario	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	7	9	9
Especialista de digestivo	8	9	8	9	7	8	7	9	7	8	6	8	8	7	7
Especialista de at. primaria	8	7	7	7	9	8	8	8	8	7	6	7	7	6	6
Especialista de at. primaria	9	9	8	9	9	8	9	9	8	9	7	7	8	9	8
Gestor Sanitario	8	8	8	8	6	8	8	7	8	7	8	6	7	8	7
Salud Pública	9	9	9	9	9	8	9	9	6	8	9	9	9	7	9
Especialista de cirugía	9	9	9	9	8	8	9	9	7	5	8	6	9	8	9
Especialista de digestivo	7	8	9	7	6	6	8	9	8	8	6	6	7	6	6
Especialista de enfermería	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Especialista de a. patológica	9	7	9	8	7	7	9	7	7	9	7	7	6	7	7
Especialista de digestivo	7	8	9	8	7	8	9	9	7	8	7	7	8	8	7
Especialista de oncología	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Especialista de digestivo	9	8	9	9	7	7	8	9	8	9	9	8	8	8	9
Especialista de at. primaria	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Resultado conjunto	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	R14	R15
Promedio	8.63	8.44	8.74	8.52	8.07	8.04	8.41	8.52	8.04	8.22	8.15	7.85	8.11	7.96	8.15
Mediana	9	9	9	9	8	8	9	9	8	9	9	8	8	8	9
Moda	9	9	9	9	9	8	9	9	8	9	9	9	9	9	9
Desviación estándar	0.69	0.75	0.59	0.75	1.04	0.85	0.80	0.75	0.94	1.01	1.06	1.06	0.93	1.16	1.03
Mínimo	7	7	7	7	6	6	7	7	6	5	6	6	6	5	6
Máximo	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Desviación (abs) M. – P.	0.37	0.56	0.26	0.48	0.07	0.04	0.59	0.48	0.04	0.78	0.85	0.15	0.11	0.04	0.85
Apropiada	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Numero de panelistas entre 7 y 9	27	27	25	27	25	26	27	27	25	26	24	24	26	24	25
Proporción de panelistas entre 7 y 9	1	1	0.93	1	0.93	0.96	1	1	0.93	0.96	0.89	0.89	0.96	0.89	0.93
Número de panelistas entre 1 y 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Proporción de panelistas entre 1 y 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Acuerdo	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Desacuerdo	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Indeterminada	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Adecuada	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Inadecuada	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Equívoca	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No

R1 a 515: recomendaciones 1 a 15. Desviación (abs) M. – P.: desviación en valor absoluto del promedio respecto de la mediana

El resumen de los resultados conjuntos puede consultarse a continuación, donde puede observarse que todas las recomendaciones se consideraron adecuadas.

	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	R14	R15
Promedio	8.63	8.44	8.74	8.52	8.07	8.04	8.41	8.52	8.04	8.22	8.15	7.85	8.11	7.96	8.15
Mediana	9	9	9	9	8	8	9	9	8	9	9	8	8	8	9
Mínimo	7	7	7	7	6	6	7	7	6	5	6	6	6	5	6

Máximo	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Apropiada	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Núm. inv. 7-9	27	27	25	27	25	26	27	27	25	26	24	24	26	24	25
Proporción inv. 7-9	1	1	0.93	1	0.93	0.96	1	1	0.93	0.96	0.89	0.89	0.96	0.89	0.93
Acuerdo	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Desacuerdo	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Adecuada	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si

Resultados de adecuación agrupando a los investigadores según perfiles

En cuanto a la agrupación de perfiles, la siguiente tabla ofrece el resumen de resultados, observándose que también se mantiene el criterio de adecuación para todas las recomendaciones.

Perfil	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	R14	R15
Mediana Atención primaria	9	9	8.5	9	9	8.5	9	9	8.5	9	8	8	8.5	9	8.5
Mediana Cirugía General y Digestiva	9	9	9	9	8.5	8.5	9	9	8	7	8.5	7.5	9	8.5	9
Mediana Ciudadano/Paciente	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Mediana Digestivo	9	8	9	9	7	8	7.5	9	8	9	8.5	8	8	7.5	8
Mediana Enfermería	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Mediana Gestor Sanitario	9	9	9	9	9	8	8	8	8	8	8	9	7	9	9
Mediana Laboratorio	9	9	9	8	8	8	9	7	9	7	8	7	8	7	8
Mediana experto medios/periodista	9	8	8	8	8.5	8	8	8.5	7.5	8.5	9	8.5	8	8.5	8.5
Mediana Oncólogo	8	8.5	9	8.5	7.5	8	9	9	7.5	8	8	7.5	8	8	8
Mediana Salud Pública	8.5	9	9	8	9	7.5	8.5	8.5	7	8.5	9	8	8.5	8	8
Mediana Anatomía Patológica	9	7	9	8	7	7	9	7	7	9	7	7	6	7	7
Resultados conjuntos	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7	R8	R9	R10	R11	R12	R13	R14	R15
Mediana	9	9	9	9	8.5	8	9	9	8	8.5	8.5	8	8	8.5	8.5
Mínimo	8	7	8	8	7	7	7.5	7	7	7	7	7	6	7	7
Máximo	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Apropiada (Si [Med 7-9]) (No, resto)	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Numero de perfiles entre 7 y 9	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	10	11	11
Proporción de perfiles entre 7 y 9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0.91	1	1
Acuerdo (proporción 7-9 ≥ 0,77)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Desacuerdo	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Adecuado (mediana (7-9 sin desacuerdo)	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
Inadecuada	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No
Equívoca	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No	No

Comentarios de los investigadores en cada una de las recomendaciones

núm.	Recomendación	Comentario
1	Establecer un acuerdo entre todas las instituciones públicas y privadas, relacionadas de una u otra forma con el cribado del cáncer colorrectal en España, para la creación de un espacio de trabajo desde el que promover la consolidación y mejora de los programas españoles, con especial referencia a la disminución de la variabilidad y las inequidades, su estandarización, el pleno desarrollo del cribado dentro de las carteras de servicios y la coordinación, evitando tanto duplicidades como el infraregistro, entre las diferentes variedades de cribado existentes o posibles en nuestro país.	<ul style="list-style-type: none"> • Me parece una labor fundamental. Resulta clave para poner fin a la iniquidad territorial que tanto perjudica a algunos pacientes. • No olvidar contar con los periodistas y comunicadores de salud. • Puede simplificarse la redacción, muy farragosa. • Recomendación totalmente adecuada y necesaria.
2	Mejorar la difusión, conocimiento y participación de la población en los programas mediante campañas informativas, desarrollando aplicaciones y otros recursos que subsanen las brechas de participación actuales, como las que existen en hombres y en personas con bajo nivel socioeconómico.	<ul style="list-style-type: none"> • Es importante para mejorar la formación de la población y su implicación en la correcta realización de los cribados, todo de cara a mejorar la prevención de la enfermedad.
3	Promover la financiación específica y adecuada de todos los programas, incluyendo la de los servicios de salud pública y las oficinas encargadas de estos, permitiendo la debida incorporación de recursos humanos y materiales y facilitando la creación de circuitos específicos.	<ul style="list-style-type: none"> • Es importante, pero no deja de ser un desiderátum, porque para incorporar más recursos humanos hace falta más presupuesto, y ahora no hay el suficiente.
4	Disminuir la variabilidad e inequidades en la financiación y el desarrollo de los programas de cribado, tanto entre como dentro de las diferentes CC. AA., favoreciendo la implantación de los modelos que han demostrado mayor eficiencia.	<ul style="list-style-type: none"> • Muy relacionado con el primero. Los programas no pueden variar entre territorios ni dentro de ellos. Además, han de estar guiados por la mayor eficiencia posible en función de lo dictado por la literatura médica. • Se incluye en el punto 1. Puede simplificarse el 1 y dejamos este.
5	Impulsar la valoración de la ampliación del intervalo de edad para el cribado, según lo recomendado por la evidencia científica.	<ul style="list-style-type: none"> • No creo que sea 9 porque quizás falte expandir al 100% el programa antes de ampliar el rango de edad. • Fundamental. Los programas no deben ser estáticos y deben modificarse en función de lo que arroje la evidencia científica en cada momento. • Estoy de acuerdo, aunque hay comunidades autónomas que ni siquiera llegan a realizar el cribado entre las edades vigentes. Habría que conseguir primero esta equidad y recursos entre todas las comunidades para poder ampliar el plazo. Por esto he puesto menor puntuación. • 'Impulsar la ampliación' es suficiente. Redacción farragosa.

		<ul style="list-style-type: none"> • Esto requiere un trabajo complejo con la Red de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias.
6	Promover la mejora de calidad y el <i>benchmarking</i> entre los programas de cribado, incluyendo la optimización de las preparaciones intestinales para la colonoscopia.	<ul style="list-style-type: none"> • Muy importante también. • Sustituir 'benchmarking' por 'evaluación comparativa'. Es un documento en español.
7	Incrementar la educación sanitaria de la población en relación con la importancia del cáncer colorrectal y su prevención gracias al cribado, favoreciendo así una mayor participación en los programas.	<ul style="list-style-type: none"> • Similar al punto 2. A mayor educación, mayor implicación de la población y mayor prevención de la enfermedad. • Dicho de otro modo, es el punto 2. • De acuerdo, aunque tiene cierto solapamiento con la recomendación número 2.
8	Favorecer la existencia de circuitos específicos de cribado, ajustados a previsiones y con financiación adecuada, que permitan un adecuado control de la demanda y eviten demoras en la realización de las diferentes pruebas con especial atención a las colonoscopias tanto en diagnóstico como en seguimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • La racionalización de la gestión es clave para que se preste el mejor servicio. Debería ser algo normal, pero, por desgracia, aún es lo anormal. • Se repite parte de lo dicho en el punto 3.
9	Incrementar el papel de la Atención Primaria en la prevención del CCR en general, incluyendo la de los grupos de alto riesgo, en la mejora de la educación sanitaria y de la concienciación de la población, así como en la difusión de los programas y el incremento de participación en ellos.	<ul style="list-style-type: none"> • No soy optimista. Desgraciadamente, la primaria está congestionada y no tiene tiempo apenas para hacer prevención y concienciación. • Implicar a la enfermería en este programa, no sólo para la preparación sino también para resultados y la petición de colonoscopia y realizar protocolo. Son tareas administrativas que están protocolizadas y el médico de familia la mayoría de las veces tiene las agendas llenas pudiendo dedicar menos tiempo y así se pueden perder pacientes que no consiguen su cita. • En nuestro sistema de salud la implicación de primaria es clave y bueno incrementarlo. Pero lo considero cuestionable el conjunto de apartados que se describen.
10	Incluir el seguimiento postpolipectomía en los programas con adecuación a guías actualizadas.	<ul style="list-style-type: none"> • Muy importante también. • Diferencias en cuanto a los protocolos de las diferentes comunidades autónomas. • Que el seguimiento de las lesiones es apropiado que se haga desde los programas de cribado.
11	Promover la evaluación de resultados en salud dentro de los programas.	<ul style="list-style-type: none"> • No solo es importante ponerlos en marcha, sino también evaluar su correcto funcionamiento y sus resultados. Muy importante.
12	Disminuir las dificultades para la estandarización y uniformidad de los datos epidemiológicos y de los resultados entre los diferentes programas de cribado españoles, que afectan tanto a su recogida, como a su acceso y exportación.	<ul style="list-style-type: none"> • Importante estandarizar la información para que pueda ser comparable y evaluable. España tuvo un problema de este tipo en las primeras olas de la pandemia.

13	Mejorar la formación e información de los profesionales involucrados en el cribado, también en lo referente a sus propios resultados, favoreciendo además su incentivación, motivación e implicación, incluyendo su participación en la toma de decisiones.	<ul style="list-style-type: none"> • Es clave, pero debe ser real: formación con dinero público y voluntad de otorgarles autonomía real en la toma de decisiones.
14	Potenciar la participación del personal de enfermería en los programas en especial en aspectos tales como la información, la participación de la población y la gestión de casos.	<ul style="list-style-type: none"> • Muy importante por la labor de descarga que supone. La medida se enmarca en el mayor grado de competencias que vienen reclamando las enfermeras. • Lo considero apropiado, pero no sin excluir al resto de profesionales.
15	Promover la investigación y la innovación de perfil multidisciplinar dentro de los programas, con foco en cuestiones tales como el impacto y la efectividad de los programas (incluyendo su efecto sobre la supervivencia), las estrategias de cribado, la evaluación económica y la aplicación de las nuevas tecnologías, incluyendo el diagnóstico óptico y la incorporación de la inteligencia artificial. Destacar el favorable entorno europeo actual para la financiación complementaria de estos proyectos.	<ul style="list-style-type: none"> • Es importante innovar en este sentido.

Comentarios generales de los investigadores

- En general, me parecen pasos muy pertinentes de mejora.
- Un placer participar.
- Gracias. Las 15 recomendaciones son muy adecuadas.
- Creo que simplificar la redacción de los puntos señalados es importante para hacerlo más legible.
- La metodología en la elaboración de las recomendaciones es rigurosa y exquisita., recogiendo los aspectos esenciales que requieren un buen funcionamiento de los programas de cribado.
- Me parece un trabajo pertinente y muy bien gestionado metodológicamente que espero consiga el impacto deseado.
- Proceso muy interesante.

LIMITACIONES DE ESTA APROXIMACIÓN

Como ya se señaló en el anterior informe que acompañó al cuestionario REDCap para la evaluación de adecuación

«Las recomendaciones presentadas son reflejo del análisis estratégico realizado, en el que el protagonismo de las aportaciones procede del consenso de los investigadores. La principal limitación es, por tanto, que todo consenso refleja opiniones. No obstante, el proceso ha sido

consistente y todas las recomendaciones se apoyan en estrategias y acciones consideradas por los investigadores como al menos muy importantes, sino de importancia crucial, y promedios de juicio de adecuación (conformidad) de esas mismas estrategias o acciones también elevados, como puede comprobarse en la tabla presentada al final del apartado anterior.

Aunque no es exactamente una limitación sí es importante tener en cuenta que las recomendaciones no tienen en cuenta más que los resultados del análisis estratégico. Es decir, no representan las conclusiones, sino que son la parte final del proceso de elaboración del consenso que se basa en las opiniones de los investigadores».

Al hilo de este comentario, es pertinente reconocer que el proceso de redacción de las recomendaciones requería ya su cierre metodológico, aun cuando siempre es posible seguir planteando mejoras. No obstante, en general ese proceso se ha desarrollado de forma abierta y cooperativa. Por ello, los comentarios de los investigadores que abogan por la simplificación de algunas redacciones y también la posibilidad de fusionar alguna de ellas serán tenidos en cuenta a la hora de elaborar las conclusiones. Modificar ahora de forma sustancial las recomendaciones ya valoradas en cuanto a pertinencia y relevancia implicaría reiniciar el proceso de su evaluación, de manera que sería también necesario volverlas a someter después a un nuevo juicio de adecuación.

Hay una propuesta que aboga por suprimir «valoración» en la redacción de la recomendación 5. La razón de mantener esta expresión es la prudencia sobre la probable necesidad de que los programas hagan esa valoración, por más que ahora mismo las recomendaciones de la Unión Europea ya apoyen el cambio. De hecho, otro de los investigadores sugiere que efectivamente esa valoración es necesaria al indicar que debería ser hecha por la Red de Agencias de Evaluación Tecnológica, y también otros dos investigadores señalan que antes de ampliar la edad de cribado debería realizarse la extensión completa entre 50 y 69 años.

En otro orden de cosas, se sustituye, a petición de un investigador, «*benchmarking*» por «evaluación comparativa» considerando que es una corrección oportuna que no altera el sentido de la recomendación.

Otra serie de comentarios serán también tenidos en cuenta a la hora de redactar las conclusiones.

También se comentó la razón por la que la adecuación iba a ser evaluada no solo para el conjunto de los 27 investigadores, sino también por los 11 perfiles de estos investigadores. El hecho de que en ambas estrategias el juicio de adecuación se haya alcanzado con pleno acuerdo apoya la consistencia del consenso en el que se basan las recomendaciones.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Las 15 recomendaciones que cierran el proceso de análisis estratégico y el consenso de los investigadores sobre su pertinencia, relevancia y adecuación son las siguientes

Estas recomendaciones son:

Núm.	Recomendación	Relevancia	Conformidad	Apropiada (mediana)		Adecuada
				27	11	
1	Establecer un acuerdo entre todas las instituciones públicas y privadas, relacionadas de una u otra forma con el cribado del cáncer colorrectal en España, para la creación de un espacio de trabajo desde el que promover la consolidación y mejora de los programas españoles, con especial referencia a la disminución de la variabilidad y las inequidades, su estandarización, el pleno desarrollo del cribado dentro de las carteras de servicios y la coordinación, evitando tanto duplicidades como el infraregistro, entre las diferentes variedades de cribado existentes o posibles en nuestro país.	4,38	85,93%	9	9	Si
2	Mejorar la difusión, conocimiento y participación de la población en los programas mediante campañas informativas, desarrollando aplicaciones y otros recursos que subsanen las brechas de participación actuales, como las que existen en hombres y en personas con bajo nivel socioeconómico.	4,45	87,30%	9	9	Si
3	Promover la financiación específica y adecuada de todos los programas, incluyendo la de los servicios de salud pública y las oficinas encargadas de estos, permitiendo la debida incorporación de recursos humanos y materiales y facilitando la creación de circuitos específicos.	4,42	87,96%	9	9	Si
4	Disminuir la variabilidad e inequidades en la financiación y el desarrollo de los programas de cribado, tanto entre como dentro de las diferentes CC. AA., favoreciendo la implantación de los modelos que han demostrado mayor eficiencia.	4,23	94,44%	9	9	Si
5	Impulsar la valoración de la ampliación del intervalo de edad para el cribado, según lo recomendado por la evidencia científica.	4,23	92,59%	8	8.5	Si
6	Promover la mejora de calidad y la evaluación comparativa entre los programas de cribado, incluyendo la optimización de las preparaciones intestinales para la colonoscopia.	4,19	90,74%	8	8	Si
7	Incrementar la educación sanitaria de la población en relación con la importancia del cáncer colorrectal y su prevención gracias al cribado, favoreciendo así una mayor participación en los programas.	4,19	88,89%	9	9	Si

8	Favorecer la existencia de circuitos específicos de cribado, ajustados a previsiones y con financiación adecuada, que permitan un adecuado control de la demanda y eviten demoras en la realización de las diferentes pruebas con especial atención a las colonoscopias tanto en diagnóstico como en seguimiento.	4,15	92,59%	9	9	Si
9	Incrementar el papel de la Atención Primaria en la prevención del CCR en general, incluyendo la de los grupos de alto riesgo, en la mejora de la educación sanitaria y de la concienciación de la población, así como en la difusión de los programas y el incremento de participación en ellos.	4,15	86,42%	8	8	Si
10	Incluir la gestión del seguimiento pospolipectomía dentro de los programas.	4,12	88,89%	9	8.5	Si
11	Promover la evaluación de resultados en salud dentro de los programas.	3,96	96,30%	9	8.5	Si
12	Disminuir las dificultades para la estandarización y uniformidad de los datos epidemiológicos y de los resultados entre los diferentes programas de cribado españoles, que afectan tanto a su recogida, como a su acceso y exportación.	3,96	90,12%	8	8	Si
13	Mejorar la formación e información de los profesionales involucrados en el cribado, también en lo referente a sus propios resultados, favoreciendo además su incentivación, motivación e implicación, incluyendo su participación en la toma de decisiones.	3,87	86,42%	8	8	Si
14	Potenciar la participación del personal de enfermería en los programas en especial en aspectos tales como la información, la participación de la población y la gestión de casos.	3,77	96,30%	8	8.5	Si
15	Promover la investigación y la innovación de perfil multidisciplinar dentro de los programas, con foco en cuestiones tales como el impacto y la efectividad de los programas (incluyendo su efecto sobre la supervivencia), las estrategias de cribado, la evaluación económica y la aplicación de las nuevas tecnologías, incluyendo el diagnóstico óptico y la incorporación de la inteligencia artificial. Destacar el favorable entorno europeo actual para la financiación complementaria de estos proyectos.	3,73	90,28%	9	8.5	Si

Las columnas 27 y 11 se refieren a los paneles de 27 investigadores y de 11 perfiles.
Las valoraciones sobre si las recomendaciones son apropiadas son entre 1 y 9.

En conclusión, todas las recomendaciones presentan un elevado grado de pertinencia, relevancia, son apropiadas de acuerdo con sus medianas de valoración y resultan adecuadas desde la perspectiva del consenso de los investigadores.

PROPUESTA DE CONTINUIDAD DEL PROYECTO

Con este informe se cierra la etapa de trabajo con los investigadores en lo que se refiere al análisis estratégico y la elaboración de las recomendaciones del libro blanco.

El siguiente paso será enviarles el texto de la revisión realizada sobre la situación actual de cribado de CCR en España para su valoración y mejora.

LIBRO BLANCO SOBRE EL CRIBADO POBLACIONAL DE CÁNCER COLORRECTAL EN ESPAÑA

El objetivo del **Libro Blanco sobre el Cribado Poblacional de Cáncer Colorrectal en España**, promovido y coordinado por la Sociedad Española de Patología Digestiva (SEPD), es describir la situación actual de los programas poblacionales de cribado de cáncer colorrectal españoles, partiendo de sus bases organizativas y de su desarrollo histórico, y realizar un análisis estratégico sobre ellos, con el fin de establecer recomendaciones, basadas en el consenso de un panel multidisciplinar, que contribuyan a su optimización y pleno éxito.

La revisión se ha realizado a partir de una búsqueda bibliográfica centrada en los programas españoles, complementada con otras fuentes, incluyendo el rastreo de información en los portales web institucionales.

Con la colaboración de:

FEAD FUNDACIÓN
ESPAÑOLA
DEL APARATO
DIGESTIVO



NORGINE y su
logo son marcas
registradas del
grupo de empresas
Norgine