

Escuela de Posgrado

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA

Trabajo Académico

**Plan de acción para promover la detección temprana del  
cáncer colorrectal en un establecimiento de salud del  
primer nivel de atención, región Huancavelica, 2025**

Victoria Edda Cayotopa Fernandez  
Marco Antonio Melchor Acevedo

Para optar el Título de  
Segunda Especialidad Profesional en Salud Pública

Lima, 2025

Repositorio Institucional Continental

Trabajo Académico



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

**ANEXO 6****INFORME DE CONFORMIDAD DE ORIGINALIDAD  
DEL TRABAJO ACADÉMICO**

A : Mg. Jaime Sobrados Tapia  
Director Académico de la Escuela de Posgrado

DE : **Dr. Hernán Hugo Matta Solis**  
Asesor del trabajo académico

ASUNTO : Remito resultado de evaluación de originalidad del trabajo académico

FECHA : 21 de julio del 2025

---

Con sumo agrado me dirijo a vuestro despacho para saludarlo y en vista de haber sido designado Asesor del trabajo académico titulado **“PLAN DE ACCIÓN PARA PROMOVER LA DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER COLORRECTAL EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, REGIÓN HUANCVELICA 2025”**, perteneciente a **Lic. Cayotopa Fernandez Victoria Edda y Lic. Melchor Acevedo Marco Antonio**, de la **SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA**; se procedió con el análisis del documento mediante la herramienta “Turnitin” y se realizó la verificación completa de las coincidencias resaltadas por el software, cuyo resultado es **6%** de similitud (informe adjunto) sin encontrarse hallazgos relacionados con plagio. Se utilizaron los siguientes filtros:

- Filtro de exclusión de bibliografía Sí  NO
- Filtro de exclusión de grupos de palabras menores  
(Máximo nº de palabras excluidas: < 40) Sí  NO
- Exclusión de fuente por trabajo anterior del mismo estudiante Sí  NO

En consecuencia, se determina que el trabajo académico constituye un documento original al presentar similitud de otros autores (citas) por debajo del porcentaje establecido por la Universidad.

Recae toda responsabilidad del contenido del trabajo académico sobre el autor y asesor, en concordancia a los principios de legalidad, presunción de veracidad y simplicidad, expresados en el Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales – RENATI y en la Directiva 003-2016-R/UC.

Esperando la atención a la presente, me despido sin otro particular y sea propicia la ocasión para renovar las muestras de mi especial consideración.

Atentamente,



---

**Dr. Hernán Hugo Matta Solis**  
**DNI: 10689893**


**DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD**

Yo, CAYOTOPA FERNANDEZ VICTORIA EDDA, identificada con Documento Nacional de Identidad N° 25828148, egresada de la SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Continental, declaro bajo juramento lo siguiente:

1. El Trabajo Académico titulado "PLAN DE ACCIÓN PARA PROMOVER LA DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER COLORRECTAL EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, REGIÓN HUANCVELICA 2025", es de mi autoría, el mismo que presento para optar el TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN SALUD PÚBLICA.
2. El Trabajo Académico no ha sido plagiado ni total ni parcialmente, para lo cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas, por lo que no atenta contra derechos de terceros.
3. El Trabajo Académico titulado es original e inédito, y no ha sido realizado, desarrollado o publicado, parcial ni totalmente, por terceras personas naturales o jurídicas. No incurre en autoplagio; es decir, no fue publicado ni presentado de manera previa para conseguir algún grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, pues no son falsos, duplicados, ni copiados, por consiguiente, constituyen un aporte significativo para la realidad estudiada.

De identificarse fraude, falsificación de datos, plagio, información sin cita de autores, uso ilegal de información ajena, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a las acciones legales pertinentes.

Lima, 22 de Agosto de 2025.

  
CAYOTOPA FERNANDEZ VICTORIA EDDA  
DNI. N° 25828148



Huella

**Arequipa**

Av. Los Incas S/N,  
José Luis Bustamante y Rivero  
(054) 412 030

Calle Alfonso Ugarte 607, Yanahuara  
(054) 412 030

**Huancayo**

Av. San Carlos 1980  
(064) 481 430

**Cusco**

Urb. Manuel Prado - Lota B, N°7 Av. Collasuyo  
(084) 480 070

Sector Angostura KM. 10,  
carretera San Jerónimo - Saylla  
(084) 480 070

**Lima**

Av. Allred Mendiolá 5210, Los Olivos  
(01) 213 2760

Jr. Junín 355, Miraflores  
(01) 213 2760

## DECLARACIÓN JURADA DE AUTENTICIDAD

Yo, MELCHOR ACEVEDO MARCO ANTONIO, identificado con Documento Nacional de Identidad N° 40710980, egresado de la SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD PÚBLICA, de la Escuela de Posgrado de la Universidad Continental, declaro bajo juramento lo siguiente:

1. El Trabajo Académico titulado "PLAN DE ACCIÓN PARA PROMOVER LA DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER COLORRECTAL EN UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD DEL PRIMER NÍVEL DE ATENCIÓN, REGIÓN HUANCVELICA 2025", es de mi autoría, el mismo que presento para optar el TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN SALUD PÚBLICA.
2. El Trabajo Académico no ha sido plagiado ni total ni parcialmente, para lo cual se han respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas, por lo que no atenta contra derechos de terceros.
3. El Trabajo Académico titulado es original e inédito, y no ha sido realizado, desarrollado o publicado, parcial ni totalmente, por terceras personas naturales o jurídicas. No incurre en autoplagio; es decir, no fue publicado ni presentado de manera previa para conseguir algún grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, pues no son falsos, duplicados, ni copiados, por consiguiente, constituyen un aporte significativo para la realidad estudiada.

De identificarse fraude, falsificación de datos, plagio, información sin cita de autores, uso ilegal de información ajena, asumo las consecuencias y sanciones que de mi acción se deriven, sometiéndome a las acciones legales pertinentes.

Lima, 22 de Agosto de 2025.



MELCHOR ACEVEDO MARCO ANTONIO  
DNI. N° 40710980



Huella

**Arequipa**

Av. Los Incas S/N,  
José Luis Bustamante y Rivero  
(054) 412 030

Calle Alfonso Ugarte 607, Yanahuara  
(054) 412 030

**Huancayo**

Av. San Carlos 1980  
(064) 481 430

**Cusco**

Urb. Manuel Prado - Lote B, N° 7 Av. Collasuyo  
(084) 480 070

Sector Angostura KM. 10,  
carretera San Jerónimo - Saylla  
(084) 480 070

**Lima**

Av. Alfredo Mendiola 5210, Los Olivos  
(01) 213 2760

Jr. Junín 355, Miraflores  
(01) 213 2760

# Trabajo académico final Cayotopa-Melchor

## INFORME DE ORIGINALIDAD

6%

INDICE DE SIMILITUD

7%

FUENTES DE INTERNET

1%

PUBLICACIONES

4%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1

Submitted to Universidad Continental

Trabajo del estudiante

3%

2

repositorio.continental.edu.pe

Fuente de Internet

2%

3

pesquisa.bvsalud.org

Fuente de Internet

1%

4

es.scribd.com

Fuente de Internet

<1%

5

revistasaga.org

Fuente de Internet

<1%

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 40 words

Excluir bibliografía

Activo

**Asesor**

Dr. Hernán Hugo Matta Solís

### **Agradecimiento**

Agradecemos a nuestras familias, por el apoyo incondicional brindado que sin ello no se hubiera podido lograr este gran objetivo, gracias a la paciencia y sacrificio demostrado para culminar la investigación realizada.

## Índice

Asesor .....	ii
Índice.....	iv
Índice de tablas .....	vi
Resumen.....	vii
Abstrac .....	viii
Introducción.....	ix
Capítulo I: Identificación del problema .....	12
1.1. Contextualización del problema .....	12
1.1.1. Entorno general .....	12
1.1.2. Condiciones específicas .....	13
1.2.1. Definición del problema principal .....	14
1.2.2. Causas del problema .....	15
1.2.3. Evidencias del problema.....	17
1.3. Formulación del problema .....	18
1.4. Determinación de objetivos.....	19
1.4.1. Objetivo general.....	19
1.4.2. Objetivos específicos .....	19
1.5. Justificación e importancia del problema identificado .....	19
Capítulo II: Marco teórico .....	21
2.1. Antecedentes del problema .....	21
2.2. Fundamentación teórica.....	23
Capítulo III: Diagnóstico del problema.....	27
3.1. Propósito del diagnóstico .....	27
3.2. Metodología .....	28
3.2.1. Tipo de diagnóstico.....	28
3.2.2. Actores involucrados.....	28
3.2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	30
3.2.4. Técnicas de análisis e indicadores del diagnóstico.....	31
3.3. Brechas identificadas .....	31
3.4. Conclusiones del diagnóstico.....	32

Capítulo IV: Plan de acción .....	34
4.1.    Objetivo del plan de acción .....	34
4.2.    Actividades específicas.....	34
<i>Actividades específicas</i> .....	34
4.3.    Cronograma .....	35
Fuente: Elaboración propia.....	36
4.4.    Riesgos y medidas de mitigación.....	36
<i>Riesgos y medidas de mitigación</i> .....	36
4.5.    Resultados esperados .....	37
4.6.    Monitoreo y seguimiento .....	38
<i>Monitoreo y seguimiento</i> .....	38
Conclusiones.....	39
Recomendaciones.....	40
Referencias .....	42
Anexos .....	52

## Índice de tablas

Tabla 1. Actores involucrados	8
Tabla 2. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	9
Tabla 3. Técnicas de análisis e indicadores del diagnóstico	29
Tabla 4. Actividades específicas	34
Tabla 5. Cronograma	35
Tabla 6. Riesgos y medidas de mitigación	36
Tabla 7. Monitoreo y seguimiento	
...37	

## Resumen

Este trabajo académico presenta un plan de acción para promover la detección temprana del cáncer colorrectal (CCR) en un establecimiento de salud del primer nivel de atención (PNA) en la región Huancavelica para el año 2025. Se justifica la necesidad de este plan debido a la alta prevalencia del CCR a nivel mundial y en el Perú, así como las barreras específicas que enfrenta la población de Huancavelica para acceder a servicios de detección temprana, incluyendo factores geográficos, socioeconómicos y culturales. El plan de acción se basa en un diagnóstico situacional que identificó brechas clave en el conocimiento de la población sobre el CCR, la percepción de la utilidad de los servicios de tamizaje y la disponibilidad de recursos. Se establecen objetivos específicos, actividades y cronogramas para abordar estas brechas, incluyendo la capacitación del personal de salud, la implementación de campañas de sensibilización comunitaria y el diseño de un sistema de monitoreo y evaluación. Se proponen recomendaciones para la implementación del plan, tales como la adaptación cultural de los materiales educativos, la participación de líderes comunitarios y la garantía de la disponibilidad de recursos. Se espera que este plan de acción contribuya a mejorar la detección temprana del CCR y reducir las desigualdades en salud en la región Huancavelica.

**Palabras clave:** Neoplasias Colorrectales; Detección Precoz del Cáncer; Promoción de la salud (Fuente: DeCS)

## **Abstrac**

This academic work presents an action plan to promote early detection of colorectal cancer (CRC) in a primary healthcare facility in the Huancavelica region by 2025. The need for this plan is justified by the high prevalence of CRC worldwide and in Peru, as well as the specific barriers faced by the Huancavelica population in accessing early detection services, including geographic, socioeconomic, and cultural factors. The action plan is based on a situational diagnosis that identified key gaps in the population's knowledge of CRC, the perception of the usefulness of screening services, and the availability of resources. Specific objectives, activities, and timelines are established to address these gaps, including training healthcare personnel, implementing community awareness campaigns, and designing a monitoring and evaluation system. Recommendations for the implementation of the plan are proposed, such as the cultural adaptation of educational materials, the participation of community leaders, and ensuring the availability of resources. This action plan is expected to contribute to improving the early detection of CRC and reducing health inequalities in the Huancavelica region.

**Keywords:** Colorectal Neoplasms; Early Detection of Cancer; Health Promotion  
(Surce: DeCS)

## Introducción

El CCR representa un desafío significativo en salud pública actual, y es el cuarto lugar de los tipos de cáncer más frecuentes a nivel mundial y Perú no es ajeno a esto, representa una causa principal de muerte, especialmente en adultos mayores, los exámenes como el estudio de la FOBT en heces ya sea por guayacolato o inmunoquímica es factible de realizar en persona con edad superior a 45 años como test previo a la colonoscopia.

En el Perú, el CCR ha presentado un incremento progresivo en los últimos años, afectando cada vez más a poblaciones vulnerables, tanto en zonas urbanas como rurales.

La región Huancavelica, caracterizada por sus condiciones geográficas complejas, dispersión poblacional, limitaciones estructurales en las redes de salud y mucha pobreza, enfrenta una situación crítica en la promoción, diagnóstico y tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles como el CCR. Si bien el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) y el Ministerio de Salud del Perú han elaborado estrategias para vigilar los tumores malignos a nivel del territorio nacional, existe poca información sistematizada sobre la situación epidemiológica del CCR en regiones andinas, lo que limita la planificación de intervenciones efectivas a nivel regional.

El presente trabajo busca como objetivo la promoción de la salud (PROMSA), prevención de la enfermedad y la detección temprana (DT) de casos, en el ámbito regional de Huancavelica mediante la instauración de un plan de acción (PA) que aborde los principales factores de riesgo (FR) identificados en el diagnóstico. A lo largo de esta investigación, se analiza la valía de la capacitación permanente de los trabajadores de la salud sobre la PROMSA, prevención de las enfermedades y la DT del CCR, aunado a esto se enfatiza en estilos de vida saludables, siendo fundamental la función desempeñada por trabajador de la salud, la comunidad y los tomadores de decisiones en este proceso, la necesidad de contar con métodos rápidos y de bajo costo para la DT de la enfermedad permiten ajustar las intervenciones sanitarias conforme se avanza en su aplicación.

La siguiente obra está presentada en cuatro capítulos. En el Capítulo I, se identifica el problema. En el Capítulo II, se detalla en relación al marco teórico del CCR con sus antecedentes y teoría planteada. El Capítulo III desarrolla el diagnóstico realizado en el primer nivel (PNA) de la red de salud Huancavelica a fin de conocer donde se trabajará y se aplicará lo proyectado. Por último, dentro del Capítulo IV, se expone el PA, en el cual se informa de lo que se hará de manera específica, de lo que se necesitará, indicadores de éxito y el cronograma de implementación. Esta orientación nos ayudará a desarrollar estrategias integrales con la finalidad de lograr un acceso más justo a la salud de los Huancavelicanos especialmente de aquellas personas con riesgo a desarrollar CCR, en la búsqueda de lograr los mejores resultados y la detección de la enfermedad en etapa temprana.

## Capítulo I: Identificación del problema

### 1.1. Contextualización del problema

#### 1.1.1. Entorno general

En el mundo el CCR es un problema de salud pública, siendo la tercera causa de cáncer en ambos sexos (Baidoun et al., 2021), con una incidencia anual de 10.7% de 18 094 716 de casos registrados en el año 2020 (Wong et al., 2021). En el Perú es la cuarta causa de muerte por cáncer, con una incidencia de 14.2 casos por 100,000 habitantes (Vallejos-Sologuren, 2020) Esta enfermedad considerada mortal podría disminuir su incidencia si se realizan las intervenciones de PROMSA, prevención primaria y secundaria para la DT y que lleve a su tratamiento oportuno (Nonikashvili, 2024).

Los FR de CCR modificables y no modificables son muy conocidos (Lewandowska et al., 2022), por esta razón el trabajo en implementación de programas preventivos de DT de CCR a nivel mundial (Selby et al., 2022) son de importancia a considerar. Estas intervenciones basadas en evidencia y tasas de detección oportuna de CCR se asociaron con un aumento a las tasas de detección del CCR a nivel clínico, implementándose ello en países desarrollados (Sharma et al., 2021).

En Latinoamérica el CCR representa un grave problema de salud pública (Montalvan-Sanchez et al., 2024) la colonoscopia preventiva de CCR es de gran importancia, sin embargo, la mayoría de las colonoscopías realizadas en pacientes con síntomas digestivos resultan normales (Zela-Coila et al., 2024), lo que contribuye a la acumulación de listas de espera quedando atrás alguna persona que si tiene la enfermedad de manera incipiente, la realización de test de FOBT en heces inmunológico (iFOBT) se ha propuesto como una medida de cribado para reducir colonoscopías innecesarias (Meklin et al., 2020), mejorando la captación de pacientes de riesgo lo que genera un impacto positivo en la evolución de la enfermedad (Tamraz et al., 2024). El conocimiento de la población respecto de la FOBT, además de las variables sociodemográficas en relación al CCR son temas a considerar (Fuentes-Rodríguez et al., 2024).

En Perú el uso FOBT es conocido (Sanguinetti et al., 2020), sin embargo su uso de forma adecuada como screening previo a la colonoscopia es poco frecuente, se derivan directamente a colonoscopia por sintomatología abdominal diversa, provocando tiempos de espera y embalses en las áreas de endoscopia para pacientes que pudieran tener CCR, los cuales se evitarían si se hace un cribado previo con FOTB previo al estudio endoscópica (Mutneja et al., 2021).

El problema de salud pública que implica el CCR, genera preocupación en el MINSA por ello se diseñó e implementó la guía clínica de tamizaje para la detección oportuna de CCR desde el PNA, donde se incide en la importancia de la FOBT, los FR y realizarse de manera oportuna la sigmoidoscopia o colonoscopia (Instituto Nacional de Salud, 2024). La adherencia a los programas de cribado de CCR es también un problema en la promoción y prevención de esta patología maligna (Sguiglia et al., 2025).

La falta de programas eficientes de detección oportuna de CCR en Latinoamérica en específico en Perú, causan retrasos en el diagnóstico y subsecuente aumento de casos en estadios avanzados (de Vries et al., 2025). En Huancavelica se realizaron 5 477 colonoscopias en el 2024 en el marco de la detección oportuna de CCR (Diresa Huancavelica, 2025).

### **1.1.2. Condiciones específicas**

En Huancavelica las condiciones socioeconómicas (Zapata, 2023) de las familias es de nivel bajo principalmente en habitantes de zonas rurales, con poco acceso a los servicios de salud (SDS), generado entre otras causas por la falta de personal de salud, las políticas regionales y locales (INEI, 2021) y el Perfil de Salud, se muestra que la cobertura del seguro de salud es mayor a la nacional, con un 87% de la población tiene cobertura por el SIS (Sguiglia et al., 2025), sin embargo la atención es más recuperativa que preventiva, la atención de los programas de vacunación, CRED, enfermedades crónicas e infecciosas son parte del trabajo diario y oportuno (O'Sullivan et al., 2024), sin embargo el cribado de CCR con pruebas de FOBT y/o FIT no se realizan en muchos puestos y centro de salud por falta de profesionales de laboratorio capacitados, falta de insumos y del bajo conocimiento de la población misma al respecto (Zela-Coila et al., 2024).

Los FR de CCR en la región como hábitos higiénico-dietéticos son los mismos que en otras regiones del país y estas se relacionan al consumo de carnes rojas, obesidad, síndrome metabólico, etc.(Malinowska et al., 2023).

Finalmente, a nivel institucional, vemos que los puestos de salud carecen de presupuesto, los centros de endoscopia se encuentran en los cinco hospitales de la región los cuales no resuelven la problemática existente, por lo que se hace necesario mejorar el nivel de referencias para colonoscopías, sin embargo deben realizarse previamente un estudio de gFOBT o iFOBT, la brecha de RRHH es alta en los establecimientos de salud de la región Huancavelica lo que dificulta el acceso de la población a los SDS.

## **1.2. Identificación del problema**

### **1.2.1. Definición del problema principal**

Se identificó como principal problema la ausencia de un PA que se promueva actividades de DT del CCR en la región Huancavelica, esta carencia se manifiesta en la incidencia creciente de la enfermedad, existe falta de acceso al sistema sanitario por la población especialmente a los que tienen alto riesgo de tener CCR, que representa una dificultad en la salud pública en el Perú (MINSa, 2020).

Los establecimientos del PNA deberían cumplir un rol clave en la prevención, educación y tamizaje oportuno del CCR (Dominguez-Barrera et al., 2020), sin embargo no existen registros consolidados ni estudios actualizados que permitan dimensionar esta situación en la Región Huancavelica para la orientación de políticas sanitarias regionales, esta falta de información dificulta la toma de decisiones basadas en evidencia y limita la implementación de estrategias efectivas de prevención desde la atención primaria.

Esto agrava más la falta de pruebas de cribado para CCR en los puestos de salud de la Red de Salud Huancavelica, por lo que el diagnóstico tardío de casos de CCR complica el estado de salud de la población, la falta de personal capacitado, la falta de equipos de colonoscopia, profesionales médicos especialistas, el difícil acceso a los centros especializados como el IREN o INEN (Málaga et al., 2017) generado

por las distancias geográficas, económicas y la falta de referencia oportuna hace que este problema cobra muchas vidas de la población huancavelicana.

Por lo expuesto, esta problemática de salud cobra relevancia para el diseño de la política de salud pública y para los responsables de la gestión (Patel et al., 2022), ya que el no abordarlo de manera oportuna conlleva al riesgo de incrementar la morbimortalidad poblacional y perpetúa la inaccesibilidad a un sistema de salud de calidad. Al abordar esta problemática se busca, no solo identificar las causas de esta situación, sino también proponer soluciones viables que permitan la implementación de programas de intervención colaborativa en los puestos de salud de la región Huancavelica, incentivando a promover la PROMSA, prevención de la enfermedad y sobre todo a la DT de CCR en la región Huancavelica.

### **1.2.2. Causas del problema**

#### Causas sociodemográficas

El problema de falta de pruebas de cribado en los puestos y centros de salud de Huancavelica para la DT de la enfermedad nos lleva a proponer intervenciones costo/efectivas para abordar de manera integral las diferentes causas como los medioambientales (Pacheco-Pérez et al., 2019), en el Perú, específicamente en Huancavelica está íntimamente relacionada con las dificultades sociodemográfica, geográficas (Vallejos-Sologuren, 2020); otra dificultad encontrada está en relación a la interculturalidad, ya que la mayoría de los pobladores de zona rural son quechua hablantes (Bonaparte N, 2020)

#### Causas relacionadas a los hábitos

Los hábitos higiénico dietéticos están relacionados también como FR de CCR, teniendo incluso estudios que inciden en la disminución del consumo de carnes rojas (Papier et al., 2025). El consumo de tabaco, alcohol también están relacionados a riesgo de CCR (Florensa et al., 2023). Se han evidenciado que las patologías malignas como el CCR está en relación también al alto consumo de carnes saladas y ahumadas en platos típicos como la pachamanca o productos cárnicos como el charqui.

## Causas relacionadas a problemas educativos

El nivel educativo bajo de los pobladores de la zona es una barrera para mejorar el acceso al sistema de salud (Li et al., 2022), este desconocimiento causa menor conciencia del riesgo y por lo tanto la dificultad de detectar oportunamente algún signo o síntoma. Esta causa también dificultad para entender la información médica, otra barrera son las barreras culturales y lingüísticas en educación haciendo esto tener confianza en el sistema de salud. Otro factor de interés es el genético que plantea el CCR como hereditario (Morrow y Newman, 2022).

## Causas relacionadas al déficit de insumos, equipos de infraestructura y recursos humanos

Una de las causas que dificultan el adecuado y oportuno cribado de CCR en el PNA de Huancavelica es la ausencia de insumos, profesionales de la salud (PS) (Jara y Salazar, 2022) así como de la capacitación adecuada para la identificación de las personas que deben realizarse estos test, dificultan la referencia oportuna a un centro Hospitalario para la colonoscopia (Prudencio-Leon et al., 2024).

La falta de asignación de recursos para el cribado en CCR es debido al bajo conocimiento de las autoridades y gobernantes locales sobre la importancia de abordar esta problemática, incrementado por la incapacidad del personal de salud para impulsar estos programas; la escasa información y concientización de la población en este tema de cribado incrementa la detección o diagnóstico tardío CCR, aunado a la limitada evidencia clínica de la patología en etapas tempranas hace aún más dificultosa su detección (Lagos, 2024).

## Causa relacionada a falta un adecuado PA y monitoreo en la detección oportuna de CCR

Para la DT del CCR, es fundamental una coordinación eficiente entre los distintos niveles de atención, donde el personal de salud del PN juega un papel clave en el

inicio del proceso. La continuidad en la atención y la confianza en estos profesionales predicen la detección en etapas tempranas (Kew y Koh, 2020). Además, se requiere una gestión adecuada de las listas de espera para colonoscopías (Melson, 2023) y una estrecha coordinación entre el primer y segundo nivel. Existen dificultades en el seguimiento del cumplimiento de la guía clínica nacional del INS para la detección oportuna del CCR.

### **1.2.3. Evidencias del problema**

Falta de cribado en el PNA, más del 80% de los casos son referidos directamente para colonoscopia. Esto sugiere una falta de uso de pruebas de DT en la atención primaria los cuales se deben a la falta de capacitación de los PS, así como la población en general.

En la red de salud Huancavelica, los pacientes son referidos al Hospital principalmente por sintomatología como dolor abdominal, constipación o rectorragia. Esto indica que la detección se basa en la presencia de síntomas, en lugar de un cribado proactivo en la población asintomática. Las evidencias del problema en Huancavelica incluyen la detección tardía de casos, la falta de uso de pruebas de cribado en el PNA, la alta proporción de colonoscopías con resultados normales.

En el Hospital de Huancavelica se realizaron alrededor 5 477 colonoscopias en el año 2024, con una incidencia del 10,4 por 100 mil habitantes (INEI, 2021), la mayoría de las colonoscopias tienen resultados normales sin embargo los pocos casos de cáncer de colon detectados son en etapas avanzadas y más del 80% de casos referidos del PN para colonoscopia no tiene prueba de cribado con gFOBT o iFOBT.

De los pocos casos de CCR detectados en el Hospital de Huancavelica son en etapas avanzadas. Esto indica que la DT no está funcionando eficazmente, siendo en la mayoría de los casos solo para tratamientos paliativos.

La Red de Salud de Huancavelica, que comprende todos los establecimientos de PNA, enfrenta una insuficiencia de Kits para realizar pruebas de cribado en heces,

lo que en muchos casos impide la realización de estas pruebas de screening. Además, la escasez de recursos y de infraestructura en estos centros, como la falta de personal capacitado y de equipos adecuados, limita la capacidad de ofrecer servicios efectivos de DT.

Por otro lado, las dificultades de acceso a los SDS, originadas por las condiciones socioeconómicas de la región y las extensas distancias geográficas, refuerzan la percepción de que los servicios son inaccesibles. Cuando la población considera que estos servicios son inútiles o inalcanzables, es menos probable que los utilice, incluso si entiende la importancia de la DT.

La presencia de barreras culturales y lingüísticas, como el predominio del quechua, limita la efectividad de las campañas de concientización y dificulta la comunicación entre los trabajadores asistenciales. La posible resistencia cultural al tamizaje debido a tabúes o creencias locales impide la participación de la población en los programas de detección (Valenzuela-Oré et al., 2018). Las dificultades de índole personal, institucional y social generan obstáculos que impiden que la población participe en las actividades de DT, incluso cuando poseen información y tienen una percepción favorable acerca de los servicios.

### **1.3. Formulación del problema**

#### **1.3.1. Problema general**

¿Cómo promover un PA para la detección temprana del CCR en un establecimiento de salud del PNA en la región Huancavelica 2025?

#### **1.3.2. Problemas específicos**

- ¿Cuál es el nivel de conocimiento de los usuarios sobre la detección temprana del CCR en el establecimiento de salud?
- ¿Cuál es la percepción de los usuarios sobre la utilidad y accesibilidad de los servicios de detección temprana del CCR?
- ¿Qué barreras personales, institucionales o sociales afectan la participación de los usuarios en actividades de detección temprana del CCR?

- ¿Qué características debe tener un plan de acción efectivo para mejorar la participación en la detección temprana del CCR en el establecimiento de salud?
- ¿Qué mecanismos de monitoreo y evaluación se pueden implementar para asegurar la sostenibilidad y calidad de los programas de promoción y prevención del CCR en el PNA?

#### **1.4. Determinación de objetivos**

##### **1.4.1. Objetivo general**

Elaborar un plan de acción para promover la detección temprana del CCR en un establecimiento de salud del PNA de la región Huancavelica durante el año 2025.

##### **1.4.2. Objetivos específicos**

- Determinar el nivel de conocimiento de los usuarios sobre la detección temprana del CCR en el establecimiento de salud del PN en Huancavelica.
- Analizar la percepción de los usuarios respecto a la utilidad y accesibilidad de los servicios de detección temprana del CCR.
- Identificar las barreras personales, institucionales y sociales que limitan la participación de los usuarios en las actividades de detección temprana del CCR.
- Diseñar un plan de acción efectivo que incluya estrategias adaptadas a las necesidades de la población para fomentar la participación en la detección temprana del CCR.
- Proponer mecanismos de monitoreo y evaluación que aseguren la sostenibilidad y calidad de los programas de promoción y prevención del CCR en el PNA.

#### **1.5. Justificación e importancia del problema identificado**

El cáncer de colon y recto (CCR) es una de las principales causas de morbilidad a nivel mundial, y en Perú representa una amenaza cada vez mayor para la salud pública. En la región de Huancavelica, debido a su geografía difícil y a la limitada infraestructura sanitaria, el acceso a servicios especializados es restringido, lo que dificulta la detección y el tratamiento temprano de

enfermedades como el CCR. Esta problemática se intensifica en los centros de PNA, donde aún es incipiente el enfoque integral en promoción, prevención y DT.

La propuesta del presente PA es relevante y oportuno, ya que busca promover estrategias integradas de salud orientadas a intervenir en la PROMSA, prevención de la enfermedad y la DT del CCR desde una perspectiva comunitaria. La falta de campañas educativas efectivas, escasa sensibilización de la población y deficiente tamizaje representan vacíos críticos en el sistema de salud que deben ser abordados con evidencia científica contextualizada.

Desde el punto de vista científico, el estudio contribuirá a generar información actualizada y pertinente sobre los factores que limitan el acceso a los servicios de promoción y DT, aportando evidencia que podrá sustentar mejoras en las políticas de atención primaria.

Desde el punto de vista social, permitirá identificar necesidades reales del poblador usuario del PNA en Huancavelica, fortaleciendo su participación y empoderamiento frente al cáncer.

Desde el punto de vista institucional, los resultados orientarán a los responsables de salud a implementar estrategias más efectivas, sostenibles y culturalmente pertinentes, mejorando la capacidad de respuesta del establecimiento frente a enfermedades no transmisibles.

En resumen, esta investigación resulta esencial para disminuir la carga de enfermedad, reducir los gastos relacionados con tratamientos en etapas avanzadas y mejorar la calidad de vida de la población de Huancavelica, alineándose con los principios de equidad y acceso oportuno a SDS de calidad.

## Capítulo II: Marco teórico

### 2.1. Antecedentes del problema

Según Fernández y Enrique., (2021), en una investigación de carácter descriptivo y transversal, cuyo objetivo fue evaluar la viabilidad organizativa y los resultados a corto plazo de la implementación local del Programa Nacional para la Prevención y DT del CCR mediante una prueba piloto, se analizó la detección de CCR en tres ciudades del departamento de La Paz (provincia de Entre Ríos, Argentina) durante el período de febrero de 2019 a febrero de 2020. En este estudio piloto participaron 730 personas, hombres y mujeres de 50 a 64 años, de las cuales 325 (45%) se sometieron a una prueba inmunoquímica de sangre oculta en heces (iFOBT). De los estudios realizados, 81 resultaron positivos (24.9%), 226 negativos (69.5%) y 18 inadecuados (5.5%). Se llevaron a cabo 42 colonoscopias, de las cuales 36 fueron realizadas, lo que indica una tasa de cumplimiento del 43.2% en la realización de colonoscopias después de un resultado positivo en la iFOBT, con hallazgos endoscópicos en 5 de ellas (14.2%).

Según Pereira et al., (2024), Una revisión sistemática analizó programas de cribado de DT de CCR en América Latina (Chile, Cuba, España y Ecuador), enfocándose en tasas de detección, costos y resultados de salud. La motivación fue abordar la incidencia y mortalidad del CCR, identificando estrategias eficientes para su DT en personas de 50 a 75 años, consideradas de riesgo. Se determinó que la prueba de sangre oculta en heces por inmunoquímica (iFOBT) es la más accesible, ya que posibilita la detección de lesiones preneoplásicas y cáncer en etapas precoces con elevada sensibilidad y especificidad, concluyendo que estos programas resultan de gran relevancia.

Según Terasawa et al., (2025), en una revisión sistemática de ECA de 437 072 participantes con la finalidad de demostrar una reducción de la mortalidad en los nuevos programas de cribado del CCR, que comparan pruebas de FOBT basadas en guayacolato e inmunoquímicas (gFOBT y FIT), sigmoidoscopia flexible (FS), colonografía por tomografía computarizada (CTC) y colonoscopia total (TCS). El programa basado en FIT tuvo una tasa de detección más alta que el programa

basado en gFOBT [RR] 2.48; intervalo de credibilidad del 95% [ICr] 1.52-4.21; certeza moderada). Las tasas de detección no fueron diferentes en los programas basados en CTC (RR 1.01; ICr 0.43-2.23; certeza muy baja) y TCS (RR 1.03; ICr 0.54-1.78; certeza baja) en comparación con el programa basado en FS. Todos los programas de modalidad de visualización presentaron tasas de detección más altas que el programa basado en FIT (FS: RR 2,13 [ICr 1,38-3,77]; CTC 2,16 [1,11-4,51]; y TCS 2,19 [1,43-3,48]; todos con baja certeza). Las bajas tasas de eventos impidieron extraer conclusiones definitivas sobre la detección de CCR. El programa basado en TCS presentó la peor tasa de participación (certeza muy baja a baja). Los datos comparativos que permitieron el cruce fueron limitados.

Según Picazo-Perea et al., (2022), Un estudio observacional retrospectivo en Toledo, España, analizó muestras de FOBT de pacientes de PN, encontrando 715 positivos y 925 negativos. El análisis descriptivo reveló una tasa de positividad para la prueba FOBT del 22.8% y una tasa de detección de CCR del 11%. Se concluyó que la selección adecuada de pacientes y el establecimiento de un umbral óptimo mejoran la tasa de detección del cáncer.

Según Bretthauer et al., (2023), poblacionales de Polonia, Noruega, Suecia y Países Bajos realizó una revisión sistemática y metaanálisis de ECA con más de 9 años de seguimiento que reportaron la mortalidad por cualquier causa y la estimación de mayor esperanza de vida para seis pruebas de cribado de cáncer de uso común en una población 2 111 958 personas. La única prueba de cribado con una mejora en la esperanza de vida fue la sigmoidoscopia (110 días; IC del 95%: 0-274 días). Se determinó que la evidencia actual no respalda la afirmación de que las pruebas comunes de detección del cáncer salvan vidas, la sigmoidoscopia fue la única prueba de detección oportuna de CCR que aumentó la esperanza de vida.

Según Valiente González et al., (2021), en una investigación retrospectiva, descriptiva y observacional realizada en un hospital público de España de mayo 2015 a noviembre del 2018 donde se analizaron 1 396 colonoscopias realizadas a una población de 40 032 pacientes todos con gFOBT previo a la realización del cribado de colonoscopia para CCR, con polipectomía precoz si se hallara en el procedimiento, con colonoscopia completa (intubación cecal) 1 312 casos, se

encontró 431 casos colonoscopia normal y 965 casos con hallazgos significativos. De las lesiones encontradas en colonoscopia corresponden 69.4% y 30.6% a hombres y mujeres respectivamente ( $p < 0,0001$ ). En relación a la anatomía patológica se encontró pólipos hiperplásicos en 66 casos, además, se encontró 763 casos de adenomas y 83 de adenocarcinoma que equivale al 5.94% del total de endoscopias bajas realizadas.

Según Monteiro et al., (2022), en un estudio observacional descriptivo realizado en un centro de DT de CCR en Portugal donde se trabajó en población de 50 a 74 años de edad, para evaluar el rendimiento de iFOBT más colonoscopia como cribado de CCR. Para este estudio se invitó a 100 501 pacientes mediante correo electrónico de los cuales 5 228 se incluyeron en la fase piloto; el primer año la tasa de adherencia fue de 29% con un 5% de casos positivos y efectividad del 60% de colonoscopia. La tasa de detección de neoplasia avanzada mediante prueba iFOBT fue de 0,35/1000 sujetos, y el valor predictivo positivo de la iFOBT más colonoscopia fue del 44% y del 2% para adenoma avanzado y cáncer invasivo, respectivamente.

Según Alatisse et al., (2022) en una investigación transversal cualitativo de cribado de CCR mediante pruebas inmunoquímicas fecales realizado en 2 109 participantes, 1 677 participantes dieron negativo y 432 positivo, de estos 432 participantes, 285 se sometieron a una colonoscopia, donde se encontró la mediana de edad fue de 57 años (RIC 50-63), 958 (41%) eran hombres y 1372 (59%) eran mujeres, y el 68% tenía al menos educación secundaria. La tasa de positividad de la prueba inmunoquímica fecal fue del 21% en general (432 de 2109; IC del 95%: 20-21%), del 11% (51 de 455; IC del 95%: 10-12). Entre los pacientes con una prueba inmunoquímica fecal positiva que se realizaron una colonoscopia, el VPP para CCR invasivo fue del 1,1% (IC del 95%: 0,3-3,3). La aceptabilidad del cribado inmunoquímico fecal entre los participantes fue muy alta.

## **2.2. Fundamentación teórica**

La PROMSA, como estrategia integral, tiene como objetivo fortalecer a las personas y comunidades, permitiéndoles ejercer control sobre los factores que afectan su salud y promover su bienestar general. Más que simplemente prevenir

enfermedades, se centra en crear entornos sociales, culturales y ambientales favorables para llevar una vida saludable.

Definida por la OMS en la Carta de Ottawa (1986) como "el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud y mejorarla", la PROMSA se basa en la multidimensionalidad del bienestar (físico, mental, emocional, social y espiritual), la intervención activa de la población, los determinantes sociales de la salud (condiciones de vida, educación, ingresos, etc.), la intersectorialidad (más allá del sector salud) y el empoderamiento.

La planificación de programas de promoción y prevención se guía por diversas teorías y modelos que ayudan a entender las conductas de salud y a diseñar intervenciones efectivas, considerando el problema, la población y el contexto específico.

Primera teoría: El modelo ecológico en PROMSA, referida al Modelo Socio-Ecológico (MSE), no es atribuible a una sola persona, sino que fue desarrollado por un equipo de investigadores, incluyendo a McLeroy, Bibeau, Steckler y Glanz, en 1988. Este se fundamenta en el concepto que la salud de una persona no solo depende de factores individuales, sino también de los múltiples niveles del entorno que la rodean, como la familia, la comunidad y las políticas públicas (McLeroy et al., 1988).

El MSE se fundamenta en la teoría ecológica de Bronfenbrenner, pero amplía su enfoque para incluir los factores sociales y culturales, reconoce que la salud está influenciada por el nivel individual como los Factores biológicos, psicológicos y de comportamiento, Nivel interpersonal en las Relaciones con familia, amigos, compañeros, Nivel institucional a través de las Reglas y normas de organizaciones, Nivel comunitario con las Normas sociales, valores, recursos, Nivel de políticas con sus Normas y leyes a nivel nacional, regional o local.

Explica la Interacción recíproca donde enfatiza que los diferentes niveles de influencia están interconectados y se influyen mutuamente; además se establece su aplicación en PROMSA por que permite diseñar intervenciones en salud que consideren los factores sociales y ambientales que afectan a las personas (McLeroy et al., 1988).

Segunda teoría: El Modelo de Creencias de la Salud (MCS), creado en los años 50 por psicólogos del Servicio de Salud Pública de EE.UU. (Hochbaum, Rosenstock y Kegeles), busca comprender cómo las creencias personales influyen en las decisiones sobre la salud, especialmente la participación en programas de prevención y DT (Veeder, 1975).

Este modelo teórico orienta los programas de promoción y prevención de enfermedades, explicando y prediciendo cambios individuales en hábitos saludables. Analiza factores como la percepción de amenaza de la enfermedad (susceptibilidad), la gravedad percibida, los beneficios y barreras de la acción, las señales para actuar y la confianza en la capacidad de éxito (autoeficacia) (Rosenstock, 1974). En resumen, el MCS sirve para entender los hábitos de salud.

Tercera teoría: Modelo de Etapas del Cambio; también llamado Modelo Transteórico, fue desarrollado por James Prochaska y Carlo DiClemente, y se presenta en el año 1983, describe las diferentes fases que atraviesa una persona durante el proceso de cambio de comportamiento y explica la disposición de una persona para cambiar su comportamiento; describe cómo una persona u organización integra nuevos comportamientos, objetivos y programas en diferentes niveles (Prochaska y DiClemente, 1982).

En cada etapa, diferentes estrategias de intervención ayudarán a las personas a progresar a la siguiente etapa y a través del modelo, es probable que la disposición al cambio de las personas dentro de una población varíe; además, es importante reconocer que el avance en este modelo es cíclico: las personas pueden progresar a la siguiente etapa o retroceder a una etapa anterior.

El Modelo de Etapas del Cambio es útil en programas de promoción y prevención de la salud para modificar diversos comportamientos, como aquellos relacionados con el bienestar laboral, el tabaquismo, el control de peso, la adherencia a la medicación, el consumo de sustancias y la actividad física (Prochaska et al., 1997).

Cuarta teoría: La Teoría Sociocognitiva (TSC), desarrollada por Albert Bandura a partir de los años 60 y formalizada en su obra "Fundamentos sociales del pensamiento y la acción" (1986), explica cómo las experiencias personales, las

acciones de otros y el entorno influyen en los comportamientos de salud (Del Sette et al., 2023).

La TSC facilita el apoyo social para modificar conductas a través del fomento de expectativas, la autoeficacia y el aprendizaje por observación, entre otros. Componentes clave para el cambio individual incluyen: la autoeficacia (creencia en la capacidad de controlar y ejecutar una conducta), la capacidad conductual (comprensión y habilidad para llevar a cabo una conducta), las expectativas (anticipación de resultados), el autocontrol (regulación y seguimiento del comportamiento propio), el aprendizaje observacional (modelado a partir de otros) y los refuerzos (incentivos y recompensas) (Bandura, 1996).

Quinta teoría: Propuesto por Nola Pender en 1990 y actualizado en 2018, el Modelo de PROMSA (ampliamente usado en enfermería) postula que la conducta se guía por el anhelo de bienestar y desarrollo del potencial humano. Este modelo explica cómo características personales, experiencias y emociones impactan en la adopción de comportamientos saludables (Andersen, 2024).

Examina la interacción entre la persona, el ambiente y la enfermería, con la salud y la enfermedad como factores comunes, centrados en la búsqueda de comportamientos para mantener y restaurar la salud, incluye factores biológicos (como edad, sexo, estado de salud), psicológicos (como autoestima, autoeficacia) y socioculturales (como raza, etnia, educación) que influyen en las percepciones y conductas de salud.

El Modelo de PROMSA de Nola Pender ofrece una base teórica sólida para investigar la PROMSA, facilitando la comprensión de las relaciones entre factores personales, creencias y la adopción de estilos de vida saludables. Es un marco valioso para comprender y promover comportamientos saludables, considerando la relevancia de las características individuales, las creencias y sus interacciones (Galán-González y Gascón-catalán, 2021).

## Capítulo III: Diagnóstico del problema

### 3.1. Propósito del diagnóstico

Es obtener una comprensión integral y fundamentada de los factores que inciden en la poca participación de los usuarios en las actividades de DT del CCR en un establecimiento de salud del PNA en la región Huancavelica, analizar y comprender las condiciones actuales que limitan o favorecen la implementación de estrategias que permitan realizar una DT del CCR durante el año 2025.

Este diagnóstico permitirá obtener una comprensión profunda y contextualizada del estado actual del problema, identificando los factores estructurales, sociales, institucionales y culturales que contribuyen a la ausencia de actividades de tamizaje, al limitado conocimiento de la población, a la insuficiente capacitación del personal de salud y a las barreras de acceso a los servicios preventivos. Asimismo, permitirá establecer una línea de base sólida que sirva como sustento técnico y estratégico para el diseño de una propuesta de intervención integral, culturalmente pertinente y orientada a fortalecer la prevención del CCR en comunidades rurales altoandinas.

Para ello, se busca evaluar el nivel de conocimiento que tienen los usuarios sobre esta enfermedad, analizar su percepción sobre la utilidad y accesibilidad de los servicios preventivos, e identificar las principales barreras de tipo personal, social e institucional que dificultan su adherencia a dichas prácticas preventivas. Esta evaluación diagnóstica servirá como base técnica y científica para el diseño de un PA contextualizado, que incluya estrategias educativas, comunicacionales y organizativas orientadas a fortalecer la promoción, incrementar la cobertura de tamizaje para la DT y asegurar la sostenibilidad de los programas de prevención del CCR en el ámbito local.

El enfoque de este diagnóstico no solo estará en identificar las deficiencias, sino también identificar las capacidades del personal de salud, el compromiso de la comunidad en la aceptación de realizarse el cribado para detectar de manera oportuna el CCR en los centros de PN, así como reconocer otras problemáticas que sean una dificultad para la identificación en estadios iniciales del CCR.

El objetivo es encontrar áreas de mejora a nivel institucional en el tema del CCR y fortalecer las habilidades del personal de salud y otros participantes. Los resultados del diagnóstico serán fundamentales para diseñar estrategias eficaces y sostenibles que aseguren la disponibilidad de los recursos imprescindibles para la continuidad del proyecto.

### **3.2. Metodología**

#### **3.2.1. Tipo de diagnóstico**

El diagnóstico que se realizará en esta investigación será de carácter descriptivo, ya que se delinearán la situación actual respecto a la DT del CCR en personas adultas asintomáticas mayores de 50 años en una Red de Salud de Huancavelica, además de examinar los factores que contribuyen a la detección tardía del CCR en la población de la región Huancavelica.

Este tipo de diagnóstico al aplicarlo no solo ayuda a tener una idea detallada y actualizada del problema, sino también permite identificar las causas y efectos que genera la ausencia de acciones del cribado de CCR. Mediante este análisis descriptivo se conocerán las características más importantes sobre la falta de cribado del CCR y de su adecuado screening en el PNA, así como la disponibilidad de recursos esenciales para dichas actividades.

Se recolectarán datos cuali-cuantitativos, mediante la aplicación de encuestas a personal de salud del PNA como: técnicos de laboratorio, tecnólogos médicos, biólogos, enfermeros, médicos y pacientes. Adicional a ello se tomarán datos e información necesaria de los centros asistenciales involucrados de la Red de Salud, el análisis de esta información nos ayudará a identificar puntos álgidos, así como proponer mejoras en un corto y mediano plazo.

#### **3.2.2. Actores involucrados**

**Tabla 1**

*Actores involucrados*

Actor	Rol	Responsabilidades	Nivel de Influencia	Participación
-------	-----	-------------------	---------------------	---------------

<b>Médico de PNA/ Medico jefe</b>	Principales ejecutores de la estrategia para fortalecer la DT del CCR	<p>Implementar brigadas de capacitación.</p> <p>Realizar el adecuado flujo de referencia.</p> <p>Implementar las Estrategias para la mejora de la captación de pacientes.</p> <p>Instaurar guías, normativas y estrategias.</p> <p>Estimar los insumos necesarios.</p>	Alto	<p>Participación en las estrategias planteadas.</p> <p>Aplicar las estrategias de capacitación al personal de salud, y comunidad</p> <p>Dar sostenibilidad a las estrategias propuestas.</p>
<b>Tecnólogo Médico/Biólogo</b>	Gestor de capacitaciones para el personal de salud en la adecuada preparación para las pruebas de screening.	<p>Proporcionar capacitación a todo el personal de salud</p> <p>Asesor del personal que cuenta con las actualizaciones de las pruebas.</p> <p>Evaluar resultados</p>	Alto	<p>Diseñar y los nuevos lineamientos para realizar las pruebas de screening de manera efectiva.</p> <p>Monitorear los avances</p> <p>Brindar soporte técnico</p>
<b>Enfermero</b>	Principales ejecutores de las actividades de capacitación y sensibilización.	Soporte durante la realización de pruebas de screening.	Alto	<p>Consultoría a las personas que asisten al establecimiento de salud</p> <p>Colaborar con los especialistas</p>
<b>Técnico de laboratorio</b>	Colaborador al realizar las pruebas de screening.	<p>Estimar la mejora en la cantidad de pruebas necesarias para utilización de insumos de laboratorio necesarios.</p> <p>Colaborar en las actividades de capacitación</p>	Alto	<p>Participar en reuniones y capacitaciones.</p> <p>Llevar el conteo de insumos para procurar su adquisición con anticipación.</p> <p>Proporcionar los resultados al médico tratante de forma</p>

				oportuna y adecuada.
<b>Poblador</b>	Colaborador con la difusión de la estrategia que se implementará	Participar en las actividades educativas y de difusión.	Alto	Participar en capacitaciones en torno a prevención y promoción de CCR.
	se realizará los exámenes de cribado necesarios.	Intervenir en las capacitaciones en temas de prevención de CCR y cribado.		Participar en la difusión de la estrategia a implementarse

Fuente: Elaboración propia

### 3.2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

**Tabla 2**

*Técnicas e instrumentos de recolección de datos*

Técnica de recolección	Descripción	Instrumento	Población objetivo	Justificación
Encuesta	Técnica cuantitativa que permite obtener información estructurada mediante preguntas cerradas o escalas	Cuestionario estructurado con 17 preguntas de respuestas dicotómicas algunas. (Anexo 1)	Personal de salud involucrado.	Para consolidar datos sobre el conocimiento y capacidades de los profesionales y usuarios.
Análisis documental	Técnica cualitativa que revisa y analiza documentos escritos relevantes para el problema de investigación	Ficha de análisis para evaluar las Historias Clínicas. Estará compuesta por 20 preguntas de respuesta dicotómica. (Anexo2)	Historia clínica de Pacientes atendidos.	Permite obtener información sobre políticas y normativas que afectan la implementación de estrategias en el PNA.

Fuente: Elaboración propia

### 3.2.4. Técnicas de análisis e indicadores del diagnóstico

**Tabla 3**

*Técnicas de análisis e indicadores del diagnóstico*

<b>Técnica de análisis</b>	<b>Descripción</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Justificación</b>
<b>Análisis estadístico descriptivo</b>	Técnica cuantitativa que permite describir la frecuencia, media y variabilidad de los datos obtenidos.	- Nivel de conocimiento del personal de salud sobre la prevención y detección oportuna de CCR.	Permite obtener una visión general del estado actual de la formación y prácticas del personal de salud, evaluando los datos recolectados en encuestas
<b>Análisis comparativo</b>	Técnica que compara variables o grupos para identificar diferencias o similitudes en los resultados.	- Diferencia en la aplicación de estrategias entre el personal de salud capacitados y no capacitados.	Ayuda a comprender las variaciones en la aplicación de estrategias en la prevención según el nivel de formación del personal de salud

Fuente: Elaboración propia.

### 3.3. Brechas identificadas

Se identificó en la una red de salud de la región Huancavelica es la falta de conocimientos de la población sobre la necesidad del diagnóstico precoz del CCR, lo que limita la exigencia a las actividades de tamizaje, esto debido al bajo nivel de conocimiento sobre los FR, síntomas, y los efectos negativos que genera el diagnóstico tardío a su salud, aunado a esto tenemos la falta de disponibilidad de los recursos para prestar los servicios de tamizaje en el PNA.

La segunda brecha identificada es el desconocimiento de la población sobre los beneficios del diagnóstico precoz, debido a una percepción limitada sobre la utilidad del tamizaje y sobre la accesibilidad a los SDS dado por situaciones sociodemográficas que crean barreras estructurales y a la casi nula actividad de prevención y DT del CCR, generado por la ausencia de programas de prevención, falta de personal especializado o capacitado en el tamizaje dando como resultado bajos o nulos recursos para la realización de cribado, colonoscopia o el FOBT bien implementados.

La tercera brecha identificada es la persistencia de factores externos e internos que dificultan el acceso a los SDS, debido a la presencia de barreras culturales, económicas y geográficas que restringen el acceso lo que da como resultado el diagnóstico tardío del CCR.

La cuarta brecha detectada está vinculada a la limitada capacidad institucional para implementar programas educativos y de intervención que faciliten el acceso de la población al sistema de salud. Además, la insuficiente formación del personal de salud en promoción y prevención del CCR dificulta que esta problemática sea abordada de manera efectiva.

La quinta brecha identificada es la limitada infraestructura operativa para implementar planes de acción eficaces, esto se ve evidenciado por la falta de protocolos, materiales educativos, insumos médicos y campañas activas en el establecimiento de salud, y la falta de RRHH intensifica la problemática.

La sexta brecha identificada es la inexistencia de herramientas objetivas para medir el impacto de las acciones preventivas implementadas, no existe un sistema de monitoreo (SM) y evaluación para medir las acciones preventivas, lo que hace que el problema no se haga evidente.

Finalmente, se evidencia una falta de conocimientos y compromiso de las autoridades de turno para evaluar las prioridades sanitarias que afectan a la población de Huancavelica, lo que hace nula la implementación de acciones de seguimientos al tratamiento, cuidados paliativos, disminuir la desigualdad geográfica, factores socioeconómicos y educativos.

### **3.4. Conclusiones del diagnóstico**

Luego de analizar la información recopilada en el diagnóstico sobre la detección oportuna de CCR en PNA en una red de salud de Huancavelica, se observó una diversidad de brechas que necesitan atención primordial como es la falta de estrategias preventivas, PROMSA y la detección oportuna del CCR en el establecimiento de salud analizado.

Una conclusión relevante es el bajo nivel de conocimiento sobre el CCR; una proporción significativa de la población usuaria del establecimiento de salud desconoce los FR, síntomas tempranos y la existencia de pruebas de tamizaje para el CCR, lo cual representa una barrera crítica para su detección oportuna.

Otra de las conclusiones relevantes son las limitadas percepciones sobre accesibilidad y utilidad del tamizaje, la mayoría de los usuarios perciben el acceso a los SDS como poco accesible o innecesario ya sea por desconocimiento o por la ausencia de información clara desde el establecimiento, lo que reduce la motivación para participar en actividades preventivas por parte de la comunidad sobre la prevención y DT del CCR.

Asimismo; la presencia de múltiples barreras personales, sociales e institucionales como las barreras de tipo económico, geográfico y cultural, así como limitaciones institucionales (escasez de personal capacitado y recursos), dificultan el acceso efectivo a los servicios de DT del CCR.

La capacitación insuficiente del personal de salud sobre estrategias de prevención del CCR, ni sobre técnicas comunicacionales para sensibilizar a la población en riesgo, afecta la calidad y alcance de las intervenciones.

La ausencia de mecanismos de seguimiento y evaluación hace que no se evidencie de manera objetiva la problemática existente, no se dispone de un SM ni de indicadores institucionalizados que permitan evaluar el impacto y sostenibilidad de las actividades de prevención, lo que limita la posibilidad de mejora continua del servicio.

Por último, existe la Necesidad urgente de una intervención integral y culturalmente pertinente para lograr que más personas puedan acceder a servicios de calidad, se recomienda la elaboración y ejecución de un PA que combine estrategias educativas, organizativas y comunitarias, adaptadas al contexto de la región, con el objetivo de promover la DT del CCR y reducir las desigualdades en salud.

## Capítulo IV: Plan de acción

### 4.1. Objetivo del plan de acción

El propósito del PA es promover la DT del CCR en un establecimiento de salud del PNA en la región de Huancavelica durante el año 2025. Para lograr esto, se implementarán estrategias educativas, organizacionales y comunitarias, lo que requerirá capacitaciones para el personal de salud y la comunidad en general. Además, se establecerán programas de cribado adecuados, siguiendo la guía clínica del Instituto Nacional de Salud, en establecimientos de PN, junto con la provisión de los recursos necesarios para la ejecución del cribado de CCR. El objetivo final es detectar de manera temprana esta enfermedad en la población huancavelicana.

### 4.2. Actividades específicas

**Tabla 4**

*Actividades específicas*

Actividad	Descripción detallada	Responsables	Tiempo de ejecución	Recursos necesarios	Indicadores de éxito
<b>1. Elaboración y validación de un plan educativo comunitario</b>	A través de talleres participativos con población local, validación con expertos en salud pública y enfoque intercultural.	Equipo de salud + Promotores de salud	Agosto 2025	Material educativo, sala de reuniones, impresiones, laptop, papelógrafos	Plan aprobado por comité técnico local; número de participantes en la validación (>80%)
<b>2. Campañas de sensibilización comunitaria</b>	Charlas informativas, spots radiales, ferias de salud, perifoneo.	Promotores de salud, personal de enfermería	Septiembre a diciembre 2025	Micrófono, parlante, transporte, materiales visuales, banners, espacio público	>70% de participación comunitaria; aumento del conocimiento o en encuestas post-campaña

<b>3. Capacitación del personal de salud en tamizaje y consejería preventiva</b>	Talleres presenciales con sesiones prácticas y materiales actualizados.	Coordinador de salud + capacitadores	Agosto – septiembre 2025	Guías clínicas, proyector, recursos bibliográficos, manuales de capacitación	>90% de asistencia; evaluación post-test con mejora en conocimientos >20%
<b>4. Implementación de jornadas mensuales de tamizaje gratuito</b>	Jornadas en el establecimiento de salud y visitas itinerantes a zonas alejadas.	Personal médico y de enfermería	Octubre – diciembre 2025	Kit de tamizaje (SOH/FOBT), fichas clínicas, mobiliario móvil, registros	>200 personas tamizadas; identificación de casos sospechosos derivados
<b>5. Diseño de un SM y seguimiento de casos positivos</b>	Implementación de una ficha de seguimiento y coordinación con el centro de referencia.	Responsable del establecimiento	Noviembre 2025 en adelante	Sistema de registro, recursos TIC básicos, coordinación interinstitucional	100% de seguimiento a casos positivos; % de casos referidos en tiempo adecuado (>80%)
<b>6. Evaluación del impacto del PA</b>	Aplicación de encuestas de percepción, revisión de registros, reuniones de retroalimentación con la comunidad.	Equipo evaluador local	Enero 2025	Cuestionarios, base de datos, informes, espacio para retroalimentación	Informe de evaluación presentado; incremento de indicadores clave $\geq$ 30% en comparación inicial

Fuente: Elaboración propia.

### 4.3. Cronograma

**Tabla 5**

*Cronograma*

Actividad	Duración	Meses de ejecución	Hitos importantes
1. Elaboración y validación del plan educativo comunitario	1 mes	Agosto 2025	Diseño del plan educativo validado por expertos y representantes comunitarios.
2. Campañas sensibilización comunitaria	de 06 meses	Agosto – diciembre 2025	– Charlas realizadas; aumento de asistencia comunitaria; evaluación de percepción.

3.	Capacitación del personal de salud en tamizaje y consejería preventiva	06 meses	Agosto diciembre 2025	- Talleres realizados; personal certificado; post-test aplicado.
4.	Implementación de jornadas mensuales de tamizaje gratuito	02 meses	Agosto septiembre 2025	y Jornadas ejecutadas; base de datos de población tamizada; derivación de casos positivos.
5.	Diseño de SM y seguimiento	06 meses	septiembre 2025 - Diciembre 2025	Sistema implementado; fichas de seguimiento en uso; coordinación establecida.
6.	Evaluación del impacto del PA	06 meses	septiembre 2025 - Diciembre 2025	Informe de evaluación entregado; indicadores comparativos generados.
7.	Articulación intersectorial	12 meses	Julio 2025 - junio 2026	-Inicio del monitoreo de talleres en agosto -Primer informe de resultados en diciembre - Informe final en julio 2026.

Fuente: Elaboración propia

#### 4.4. Riesgos y medidas de mitigación

**Tabla 6**

*Riesgos y medidas de mitigación*

Riesgo	Impacto potencial	Probabilidad	Medidas de mitigación
Limitada disponibilidad de personal de salud capacitado	Retrasos en la ejecución de las jornadas de tamizaje y en la aplicación de actividades educativas.	Alta	Programar la capacitación anticipadamente; asignación de turnos rotativos; apoyo de promotores comunitarios.
Falta de insumos para pruebas de tamizaje (FOBT, guantes, formularios)	Imposibilidad de realizar pruebas y suspensiones de jornadas.	Media	Gestionar la provisión con anticipación; establecer convenios con proveedores locales o regionales.
Baja participación de la población en las actividades comunitarias	Disminución del alcance e impacto del plan educativo y jornadas preventivas.	Media	Articular con líderes comunitarios; uso de medios locales (radio, perifoneo); incentivos simbólicos.
Resistencia cultural a la detección del cáncer	Poca adherencia a las prácticas de tamizaje por tabúes o creencias locales.	Alta	Adaptar el discurso educativo a elementos culturales; involucrar agentes comunitarios en las intervenciones.

Problemas climáticos o geográficos que dificulten el acceso	Cancelación o postergación de jornadas en zonas alejadas.	Media	Planificar rutas con antelación; usar movilidad apropiada; incluir márgenes de flexibilidad en el cronograma.
Falta de sostenibilidad institucional tras la intervención	Las actividades no se mantienen en el tiempo; bajo impacto a largo plazo.	Alta	Incluir estrategias de transferencia de capacidades; integrar el plan a las metas anuales del establecimiento.
Limitado presupuesto institucional	Imposibilidad de cubrir materiales, recursos humanos o difusión.	Alta	Presentar el plan como parte de prioridades locales; buscar apoyo de gobiernos locales o financiamiento externo.
Limitada disponibilidad de personal de salud capacitado	Retrasos en la ejecución de las jornadas de tamizaje y en la aplicación de actividades educativas.	Alta	Programar la capacitación anticipadamente; asignación de turnos rotativos; apoyo de promotores comunitarios.

Fuente: Elaboración propia.

#### 4.5. Resultados esperados

Se espera que, al culminar el PA, se obtengan los siguientes resultados:

- El 100% del personal de salud del establecimiento será capacitado en temas de detección temprana del CCR, consejería preventiva y comunicación efectiva.
- Aprobación del plan educativo comunitario adaptado culturalmente y validado por al menos 03 expertos y líderes locales.
- Participación de al menos el 70% de la población en la ejecución de campañas de sensibilización en la comunidad objetivo.
- El 40% de usuarios serán tamizados al inicio de la ejecución del plan de acción.
- Mejora del 30% del nivel de conocimiento de los usuarios sobre el CCR, sus FR y pruebas de detección, evaluadas en el pre y post test.

- El 100% de casos positivos encontrados mediante las pruebas de tamizaje derivados al nivel que corresponda, verificables en los datos estadísticos del establecimiento de salud.
- La estrategia implementada en los establecimientos de PN para la detección oportuna de CCR, son sostenidas en el tiempo y seguirán aplicándose a futuro, esto se evaluará con el seguimiento del programa después de su implementación, evidenciándolo en la práctica diaria dentro del establecimiento de PN.

#### 4.6. Monitoreo y seguimiento

**Tabla 7**

*Monitoreo y seguimiento*

Actividad monitoreada	Indicador de monitoreo	Frecuencia	Responsables	Formato de evaluación
Elaboración y validación del plan educativo comunitario	Plan aprobado por el equipo técnico y validado por la comunidad.	Mensual (Mes 1)	Coordinador del plan, comité técnico	Informe técnico de validación
Ejecución de campañas de sensibilización comunitaria	% de cobertura poblacional alcanzada con actividades educativas.	Bimensual	Promotores de salud, personal de salud	Registro de asistencia y encuestas breves
Capacitación del personal de salud	% de personal capacitado y puntaje en evaluación post-capacitación.	Al finalizar cada taller	Coordinador de capacitación	Lista de asistencia y resultados de pruebas
Jornadas mensuales de tamizaje	Número de personas tamizadas vs. meta mensual.	Mensual	Personal de enfermería y médicos	Registro institucional de tamizaje
Funcionamiento del SM de casos positivos	% de casos positivos con seguimiento completo.	Mensual	Responsable del establecimiento	Fichas de seguimiento y base de datos interna

Fuente: Elaboración propia.

## Conclusiones

**Conclusión 1:** El diagnóstico reveló que el nivel de conocimiento de la población sobre el CCR es insuficiente, lo que constituye una de las principales barreras para su detección temprana. Se implementarán intervenciones educativas comunitarias que informen sobre los FR, síntomas iniciales y disponibilidad de servicios preventivos.

**Conclusión 2:** La identificación de la percepción de los usuarios sobre la utilidad y accesibilidad de los servicios de tamizaje, mejorará de manera que se incrementará la demanda espontánea y la participación activa en estas actividades por parte de la población, esto se evidencia en la importancia de desarrollar estrategias de comunicación que sean culturalmente pertinentes y adaptadas a las características sociodemográficas de la población.

**Conclusión 3:** Se superarán las barreras personales, sociales e institucionales, como la distancia geográfica, factores culturales, falta de recursos e insuficiente capacitación del personal que limitan el acceso efectivo a los servicios de prevención del CCR en comparación al estado actual, para lo cual se requiere una respuesta integral que combine el fortalecimiento institucional con el trabajo comunitario coordinado.

**Conclusión 4:** El diseño de un plan de acción estructurado y adaptado al contexto altoandino es una estrategia viable para incrementar la participación de la comunidad en las actividades de detección precoz. Se incluirá PA los componentes educativos, operativos y de evaluación permanente para ser eficaz y sostenible en el tiempo.

**Conclusión 5:** Se superará la ausencia de mecanismos de monitoreo y evaluación que limitan el seguimiento de los casos detectados y la mejora continua de los programas preventivos a través de la implementación de un sistema de control basado en indicadores, lo que permitirá no solo asegurar la sostenibilidad de las acciones, sino también generar evidencia para su replicabilidad en otros contextos rurales.

## Recomendaciones

**Recomendación 1:** Es indispensable fortalecer las competencias del personal de salud mediante un programa continuo de capacitación que no solo aborde los aspectos técnicos del tamizaje del CCR, sino también la comunicación intercultural y la consejería preventiva. Se recomienda incluir sesiones de actualización periódicas y evaluaciones prácticas que aseguren el mantenimiento de las capacidades adquiridas.

**Recomendación 2:** Para maximizar el impacto de las campañas educativas, se sugiere adaptar los materiales y contenidos a la cosmovisión y lengua local de la población altoandina. Es clave involucrar a líderes comunitarios, promotores de salud y autoridades locales como aliados estratégicos en la sensibilización y convocatoria.

**Recomendación 3:** Se debe asegurar la disponibilidad oportuna y suficiente de insumos médicos y materiales logísticos para la ejecución de las jornadas de tamizaje. Se recomienda establecer mecanismos de coordinación anticipada con los niveles regionales o centrales del sistema de salud para prever abastecimiento y evitar interrupciones.

**Recomendación 4:** Es esencial implementar y mantener un sistema de monitoreo y seguimiento basado en indicadores claros, el cual permita evaluar el avance del plan y tomar decisiones correctivas en tiempo real. Se recomienda que este sistema esté integrado al sistema de información del establecimiento y que el personal reciba entrenamiento para su gestión.

**Recomendación 5:** Con el fin de asegurar la sostenibilidad del PA, se recomienda incorporarlo en el Plan Operativo Institucional (POI) y al presupuesto anual del establecimiento de salud. Además, se sugiere buscar alianzas estratégicas con organizaciones locales, ONGs y programas estatales para asegurar recursos adicionales y ampliar su alcance territorial.

**Recomendación 6:** Para reducir la resistencia cultural al tamizaje, se recomienda desarrollar una estrategia de comunicación que integre elementos simbólicos, testimonios locales y evidencias de impacto, presentadas en espacios comunitarios

de confianza. Esta estrategia debe ser continua y no limitarse solo a campañas puntuales.

## Referencias

- Alatise, O. I., Dare, A. J., Akinyemi, P. A., Abdulkareem, F. B., Olatoke, S. A., Knapp, G. C., Kingham, T. P. y African Research for Oncology Colorectal Screening Early Detection Group. (2022). Colorectal cancer screening with fecal immunochemical testing: a community-based, cross-sectional study in average-risk individuals in Nigeria. *The Lancet. Global Health*, 10(7), e1012-e1022. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(22\)00121-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(22)00121-8)
- Andersen, L. L. (2024). Health promotion and chronic disease prevention at the workplace. *Annual Review of Public Health*, 45(1), 337-357. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-060222-035619>
- Baidoun, F., Elshiwly, K., Elkeraie, Y., Merjaneh, Z., Khoudari, G., Sarmini, M. T., Gad, M., Al-Husseini, M. y Saad, A. (2021). Colorectal cancer epidemiology: Recent trends and impact on outcomes. *Current Drug Targets*, 22(9), 998-1009. <https://doi.org/10.2174/1389450121999201117115717>
- Bandura, A. (1996). *Teoria social cognitiva del pensiero e dell'azione morale*. *Rassegna di psicologia*, 1996/1. [https://www.francoangeli.it/riviste/Scheda\\_rivista.aspx?IDArticolo=393](https://www.francoangeli.it/riviste/Scheda_rivista.aspx?IDArticolo=393)
- Bonaparte N. (2020). *Papel de interculturalidad en el control del cáncer en pueblos indígenas*. academia.edu. <https://www.academia.edu/download/72126152/1373.pdf>
- Bretthauer, M., Wieszczy, P., Løberg, M., Kaminski, M. F., Werner, T. F., Helsing, L. M., Mori, Y., Holme, Ø., Adami, H.-O. y Kalager, M. (2023). Estimated lifetime gained with cancer screening tests: A meta-analysis of randomized clinical trials: A meta-analysis of randomized clinical trials. *JAMA Internal*

*Medicine*, 183(11), 1196-1203.

<https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2023.3798>

De Vries, E., Gallego, A. y Gil, F. (2025). Trends in cancer mortality in the elderly and oldest old in South America. *Cancer Epidemiology*, 95(102761), 102761.

<https://doi.org/10.1016/j.canep.2025.102761>

Del Sette, P., Veneruso, M., Cordani, R., Lecce, S., Varallo, G., Franceschini, C., Venturino, C., Pizza, F., Plazzi, G. y Nobili, L. (2023). Narcolepsy and emotions: Is there a place for a theory of mind approach? *Sleep Medicine*, 102, 84-89.

<https://doi.org/10.1016/j.sleep.2022.12.013>

Diresa Huancavelica. (2025). *Con campaña "Unidiso por lo unico" DIRESA intensifica prevencion, promocion y diagnostico precoz del cáncer.*

[https://www.diresahuancavelica.gob.pe/website/nota\\_de\\_prensa/?idnoticia=28](https://www.diresahuancavelica.gob.pe/website/nota_de_prensa/?idnoticia=28)

Dominguez-Barrera, C., Castro-Mujica, M. del C., Ñique-Carbajal, C. y Dominguez-Valentin, M. (2020). Actualización en cáncer colorrectal hereditario y su impacto en salud pública. *Revista de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia*, 68(4), 597-602.

<https://doi.org/10.15446/revfacmed.v68n4.77829>

Fernández, N. y Enrique, C. (2021). Prueba piloto para la implementación del Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana de Cáncer Colorrectal en Entre Ríos. *Revista Argentina de Salud Pública*, 13, 1-5.

[https://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1853810X2021000100131y%20script=sci\\_abstractylng=en](https://www.scielo.org.ar/scielo.php?pid=S1853810X2021000100131y%20script=sci_abstractylng=en)

Florensa, D., Mateo, J., Solsona, F., Galván, L., Mesas, M., Piñol, R., Espinosa-Leal, L. y Godoy, P. (2023). Acetylsalicylic acid effect in colorectal cancer

- taking into account the role of tobacco, alcohol and excess weight. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(5), 4104. <https://doi.org/10.3390/ijerph20054104>
- Fuentes-Rodríguez, G. J., Juárez-García, D. M., Ávila-Ortiz, M., Acevedo-Ibarra, J. N., Espinoza-Velazco, A. y Buenaventura-Cisneros, S. (2024). *Creencias sobre la prueba de sangre oculta en heces en población con riesgo promedio. Gaceta mexicana de oncología.* <https://doi.org/10.24875/j.gamo.24000034>
- Galán-González, E. F. y Gascón-Catalán, A. M. (2021). Correlación entre funcionamiento familiar y estilos de vida saludable en pacientes con cáncer colorrectal. *Hacia la promoción de la salud*, 26(2), 147-160. <https://doi.org/10.17151/hpsal.2021.26.2.11>
- INEI. (2021). *Principales Indicadores Macroeconómicos: El 76,9% de la población accedió a algún seguro de salud.* <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-769-de-la-poblacion-accedio-a-algun-seguro-de-salud-12819/>
- Instituto Nacional de Salud. (2024). *Guía de práctica clínica para el tamizaje del cáncer colorrectal en el primer nivel de atención.* <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6568773/5718684-guia-de-practica-clinica-para-el-tamizaje-del-cancer-colorrectal-en-el-primer-nivel-de-atencion.pdf>
- Jara, J. J. J. y Salazar, D. C. (2022). *Situación del Sistema de Salud en el Perú al 2021 y Agenda Pendiente. Sociedad y Tecnología.* <https://doi.org/10.51247/st.v5i3.257>

- Kew, G. S. y Koh, C. J. (2020). Strategies to improve persistent adherence in colorectal cancer screening. *Gut and Liver*, 14(5), 546-552. <https://doi.org/10.5009/gnl19306>
- Lagos, D. J. (2024). *Nivel de conocimiento sobre prácticas de autocuidado de salud que poseen las personas con diagnóstico cáncer colorrectal con colostomía en los servicios de oncología de la Clínica Viedma y Hospital Artémides Zatti de la ciudad de Viedma - Río Negro, periodo noviembre- diciembre del 2022* [tesis de grado en Internet]. Universidad Nacional del Comahue; 2024 [citado el 19 de julio de 2025]. <http://rdi.uncoma.edu.ar/handle/uncomaid/18039>
- Lewandowska, A., Rudzki, G., Lewandowski, T., Strykowska-Góra, A. y Rudzki, S. (2022). Risk factors for the diagnosis of colorectal cancer. *Cancer Control: Journal of the Moffitt Cancer Center*, 29, 10732748211056692. <https://doi.org/10.1177/10732748211056692>
- Li, L., Fang, Y.-J., Abulimiti, A., Huang, C.-Y., Liu, K.-Y., Chen, Y.-M. y Zhang, C.-X. (2022). Educational level and colorectal cancer risk: the mediating roles of lifestyle and dietary factors. *European Journal of Cancer Prevention: The Official Journal of the European Cancer Prevention Organisation (ECP)*, 31(2), 137-144. <https://doi.org/10.1097/CEJ.0000000000000697>
- Málaga, G., Romero, Z. O., Málaga, A. S. y Cuba-Fuentes, S. (2017). Shared decision making and the promise of a respectful and equitable healthcare system in Peru. *Zeitschrift Für Evidenz, Fortbildung Und Qualität Im Gesundheitswesen*, 123-124, 81-84. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2017.05.021>
- Malinowska, D., Milewski, R. y Żendzian-Piotrowska, M. (2023). Risk factors of colorectal cancer: the comparison of selected nutritional behaviors of medical

- and non-medical students. *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 42(1), 50. <https://doi.org/10.1186/s41043-023-00389-z>
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A. y Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15(4), 351-377. <https://doi.org/10.1177/109019818801500401>
- Meklin, J., SyrjÄnen, K. y Eskelinen, M. (2020). Fecal occult blood tests in colorectal cancer screening: Systematic review and meta-analysis of traditional and new-generation fecal immunochemical tests. *Anticancer Research*, 40(7), 3591-3604. <https://doi.org/10.21873/anticancer.14349>
- Melson, J. (2023). Monitoring colonoscopy screening program quality at the provider level, the institution level, and beyond [Review of Monitoring colonoscopy screening program quality at the provider level, the institution level, and beyond]. *Gastrointestinal Endoscopy*, 97(1), 130-131. Elsevier BV. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2022.08.044>
- MINSA. (2020). *Plan Nacional de cuidados integrales del Cáncer (2020 – 2024)*. <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5341.pdf>
- Montalvan-Sanchez, E. E., Beas, R., Karkash, A., Godoy, A., Norwood, D. A. y Dougherty, M. (2024). Delays in colorectal cancer screening for Latino patients: The role of immigrant healthcare in stemming the rising global incidence of colorectal cancer. *Gastroenterology Research*, 17(1), 41-51. <https://doi.org/10.14740/gr1697>
- Monteiro, H., Tavares, F., Reis, J., Ferreira, G., Campos, M. J., Costa, S., Carvalho, L., Carvalho, J., Pedroto, I., Soares, J., Henrique, R., Bento, M. J., Hassan, C. y Dinis-Ribeiro, M. (2022). Colorectal Screening Program in Northern

- Portugal: First Findings. *Acta Medica Portuguesa*, 35(3), 164-169.  
<https://doi.org/10.20344/amp.15904>
- Morrow, M. y Newman, L. A. (2022). Disparities in cancer care: Educational initiatives [Review of Disparities in cancer care: Educational initiatives]. *Annals of Surgical Oncology*, 29(4), 2136-2137. Springer Science and Business Media LLC. <https://doi.org/10.1245/s10434-021-11095-7>
- Mutneja, H. R., Bhurwal, A., Arora, S., Vohra, I. y Attar, B. M. (2021). A delay in colonoscopy after positive fecal tests leads to higher incidence of colorectal cancer: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 36(6), 1479-1486. <https://doi.org/10.1111/jgh.15381>
- Nonikashvili, M. (2024). Bridging cancer prevention efforts: Georgia's alignment with European code against cancer. *Journal of Cancer Policy*, 41(100495), 100495. <https://doi.org/10.1016/j.jcpo.2024.100495>
- O'Sullivan, D. E., Ruan, Y., Farah, E., Hutchinson, J. M., Hilsden, R. J. y Brenner, D. R. (2024). Risk factors for early-onset colorectal cancer: A Canadian prospective cohort study. *Cancer Epidemiology*, 91(102578), 102578. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2024.102578>
- Pacheco-Pérez, L. A., Ruíz-González, K. J., de-la-Torre-Gómez, A. C. G., Guevara-Valtier, M. C., Rodríguez-Puente, L. A. y Gutiérrez-Valverde, J. M. (2019). Fatores ambientais e conscientização sobre o câncer colorretal em pessoas com risco familiar. *Revista latino-americana de enfermagem*, 27, e3195. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3082.3195>
- Papier, K., Bradbury, K. E., Balkwill, A., Barnes, I., Smith-Byrne, K., Gunter, M. J., Berndt, S. I., Le Marchand, L., Wu, A. H., Peters, U., Beral, V., Key, T. J. y Reeves, G. K. (2025). Diet-wide analyses for risk of colorectal cancer:

- prospective study of 12,251 incident cases among 542,778 women in the UK. *Nature Communications*, 16(1), 375. <https://doi.org/10.1038/s41467-024-55219-5>
- Patel, S. G., Karlitz, J. J., Yen, T., Lieu, C. H. y Boland, C. R. (2022). The rising tide of early-onset colorectal cancer: a comprehensive review of epidemiology, clinical features, biology, risk factors, prevention, and early detection. *The Lancet. Gastroenterology y Hepatology*, 7(3), 262-274. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(21\)00426-X](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(21)00426-X)
- Pereira, F. D. S., Tamayo, H. C. V., Ramírez, D. M. B. y Zumarraga, M. L. M. (2024). Impacto de los Métodos de Tamizaje en la Detección Temprana del Cáncer Colorrectal: Perspectivas en Políticas de Salud Pública. *SAGA: Revista Científica Multidisciplinar*, 1(4), 213-224. <https://doi.org/10.63415/saga.v1i4.26>
- Picazo-Perea, M. P., Lopez-Martos, A. M., Rodelgo-Jimenez, L. y Lorenzo-Lozano, M. C. (2022). Sangre oculta en heces en pacientes sintomáticos en Atención Primaria: Un estudio retrospectivo en el área sanitaria de Toledo. *Semergen*, 48(7), 101815. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2022.101815>
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 19(3), 276-288. <https://doi.org/10.1037/h0088437>
- Prudencio-Leon, W. E., Romero-Onofre, R. C. y Changano-Rodríguez, M. V. (2024). Dinámica de la atención por cáncer colorrectal en la población peruana: Dynamics of colorectal cancer care in the Peruvian population. *Peruvian Journal of Health Care and Global Health*, 8(2), 76-82. <http://revista.uch.edu.pe/index.php/hgh/article/view/286>

- Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2(4), 354-386. <https://doi.org/10.1177/109019817400200405>
- Sanguinetti, J. M., Lotero Polesel, J. C., Piscocoya, A. y Sáenz Fuenzalida, R. (2020). Colorectal cancer screening: a South American perspective. *Revista de gastroenterología del Perú: órgano oficial de la Sociedad de Gastroenterología del Perú*, 40(3), 238-245. [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1022-51292020000300238](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292020000300238)
- Selby, K., Jensen, C. D., Levin, T. R., Lee, J. K., Schottinger, J. E., Zhao, W. K., Corley, D. A. y Doubeni, C. A. (2022). Program components and results from an organized colorectal cancer screening program using annual fecal immunochemical testing. *Clinical Gastroenterology and Hepatology: The Official Clinical Practice Journal of the American Gastroenterological Association*, 20(1), 145-152. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2020.09.042>
- Sguiglia, S., Volij, C., Rodríguez-Tablado, M., Terrasa, S. y Esteban, S. (2025). Adherence to colorectal cancer screening in a private health insurance center in Argentina from 2008 to 2022. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 41(4), 405-410. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2024.414.13680>
- Sharma, K. P., DeGross, A., Maxwell, A. E., Cole, A. M., Escoffery, N. C. y Hannon, P. A. (2021). Evidence-based interventions and colorectal cancer screening rates: The colorectal cancer screening program, 2015-2017. *American Journal of Preventive Medicine*, 61(3), 402-409. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2021.03.002>

- Tamraz, M., Al Ghossaini, N. y Temraz, S. (2024). Optimization of colorectal cancer screening strategies: New insights. *World Journal of Gastroenterology: WJG*, 30(28), 3361-3366. <https://doi.org/10.3748/wjg.v30.i28.3361>
- Terasawa, T., Tadano, T., Abe, K., Sasaki, S., Hosono, S., Katayama, T., Hoshi, K., Nakayama, T. y Hamashima, C. (2025). Single-round performance of colorectal cancer screening programs: a network meta-analysis of randomized clinical trials. *BMC Medicine*, 23(1), 110. <https://doi.org/10.1186/s12916-025-03948-9>
- Valenzuela-Oré, F., Romaní-Romaní, F., Monteza-Facho, B. M., Fuentes-Delgado, D., Vilchez-Buitron, E. y Salaverry-García, O. (2018). Prácticas culturales vinculadas al cuidado de la salud y percepción sobre la atención en establecimientos de salud en residentes de centros poblados alto-andinos de Huancavelica, Perú. *Revista peruana de medicina experimental y salud publica*, 35(1), 84-92. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2018.351.3603>
- Valiente González, L., de Miguel Ibáñez, R. y Escribano Sotos, F. (2021). Colorectal cancer screening pilot program in Castilla-La Mancha. Partial results after first round: 2015-2018. *Revista española de salud pública*, 95. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33496279/>
- Vallejos-Sologuren, C. S. (2020). Situación del Cáncer en el Perú. *Revista Médica de la Fundación Instituto Hipótito Unanue*. 59(2), 77-85. <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v59i2.221>
- Veeder, N. W. (1975). Health services utilization models for human services planning. *Journal of the American Institute of Planners*, 41(2), 101-109. <https://doi.org/10.1080/01944367508977524>

- Wong, M. C. S., Huang, J., Lok, V., Wang, J., Fung, F., Ding, H. y Zheng, Z.-J. (2021). Differences in incidence and mortality trends of colorectal cancer worldwide based on sex, age, and anatomic location. *Clinical Gastroenterology and Hepatology: The Official Clinical Practice Journal of the American Gastroenterological Association*, 19(5), 955-966.e61. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2020.02.026>
- Zapata, E. (2023). Advances in social responsibility within the Peruvian state, adding public value and behavior-based innovation in the economy. *Universidad, ciencia y tecnología*, 27(120), 58-71. <https://doi.org/10.47460/uct.v27i120.732>
- Zela-Coila, F., Sedano-Chiroque, F. L., Yamunaque-Carranza, M., Vilchez, M. L. A. y Goicochea-Lugo, S. (2024). Efecto de la invitación a realizarse colonoscopia como método de tamizaje para disminuir el riesgo y mortalidad de cáncer colorrectal (estudio NordICC): Lectura crítica. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*, 17(1), e2107-e2107. <https://doi.org/10.35434/rcmhnaaa.2024.171.2107>

## Anexos

### Anexo 1: Encuesta en temas “Promoción y DT del Cáncer Colorrectal”

Información básica	Tipo de pregunta	Comentarios
¿Has oído hablar alguna vez del cáncer de colon o recto?	Sí, no	
¿Sabes qué es el cáncer colorrectal?	Sí, no	
¿Conoces alguna forma de prevenirlo?	Sí, no, no sé	
<b>Conocimientos sobre el tema</b>		
¿Sabes si hay maneras de detectar el cáncer de colon antes de que cause síntomas?	Sí, no	
¿Sabes qué estudios o análisis se hacen para detectar el cáncer de colon?	Respuesta libre (si saben o no)	
¿Has escuchado alguna vez sobre la prueba de sangre en las heces?	Sí, no	
¿Qué tanta confianza tienes en los estudios médicos para detectar el cáncer a tiempo?	1 (ninguna confianza) a 5 (mucho confianza)	
<b>Prácticas y hábitos</b>		
¿Alguna vez te has realizado una prueba de sangre en las heces?	Sí, no	
¿Ha tenido alguna revisión médica en el último año?	Sí, no	
¿Conoces si en tu comunidad o centro de salud realiza campañas o pruebas para detectarlo?	Sí, no, no sé	
¿Alguna vez un profesional de salud te recomendó realizarte un estudio para detectar el cáncer de colon?	Sí, no	

Información básica	Tipo de pregunta	Comentarios
<b>Actitudes y percepciones</b>		
¿Consideras importante realizar estudios para detectar el cáncer en edades tempranas, como el estudio de FOBT en heces?	Sí, no	
¿Temes realizarte estudios como la colonoscopia por miedo o incomodidad?	Sí, no	
¿Crees que el cáncer de colon puede prevenirse si se detecta a tiempo?	Sí, no, no sé	
<b>Información y necesidades</b>		
¿Qué información te gustaría recibir sobre cómo prevenir el cáncer de colon?	Respuesta libre	
¿Qué te impediría o podría dificultar que te hagas un estudio para detectarlo?	Respuesta libre	
¿Qué preferirías: que te expliquen en tu idioma o en un lenguaje sencillo todo sobre el cáncer y los estudios?	Explicaciones claras, Videos, Charlas en la comunidad, Otros (especificar)	

## Anexo 2: Ficha de Recolección de Datos de la Historia Clínica para Cáncer Colorrectal

	Descripción / Pregunta	Respuesta / Datos del Registrador	Observaciones
1. Datos del paciente			
Nombre completo			
Edad			
Sexo			
Dirección/Ubicación			
Teléfono/contacto			
2. Antecedentes familiares	¿Tiene antecedentes de cáncer colorrectal en familiares?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Especificar parentesco y edad de diagnóstico si es sí
3. Antecedentes clínicos			
Consultas preventivas en los últimos 2 años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha y motivo de la última consulta
Historia de síntomas gastrointestinales (sangrado, dolor, cambios en hábitos intestinales)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Detallar, si aplica	Fecha, frecuencia y características

	Descripción / Pregunta	Respuesta / Datos del Registrador	Observaciones
Historia de enfermedades relacionadas (enfermedad inflamatoria intestinal, pólipos, etc.)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Especificar	
Realización de colonoscopia previamente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha y resultados	
Exámenes FOBT en heces (gFOBT y/o iFOBT)		Especificar	
4. FR personal			
Consumo de alcohol	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Frecuencia	
Tabaquismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Duración y cantidad	
Dieta baja en fibra / alta en grasas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Detallar	
Sedentarismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Frecuencia de actividad física	
5. Uso de servicios preventivos			
¿Ha sido informado sobre programas de detección del cáncer colorrectal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha de información recibida

	Descripción / Pregunta	Respuesta / Datos del Registrador	Observaciones
¿Se ha realizado alguna prueba de detección (como hemorragia oculta, colonoscopia)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Fecha y resultados	
¿Recomendaciones para control y seguimiento?			