



RIDUNAJ
Repositorio Institucional
Digital UNAJ



Tesis de Posgrado

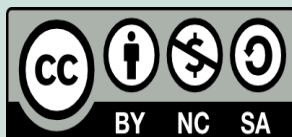
Ariana Bruzzone

Cáncer colorrectal en el AP2 de la ciudad de Bahía Blanca : Búsqueda de estrategias adaptadas al contexto para mejorar la accesibilidad al tamizaje

2024

*Institución: Universidad Nacional Arturo
Jauretche*

*Carrera: Magister en Investigación
Traslacional en Salud*



Esta obra está bajo una Licencia Creative Commons.
Atribución – No comercial – Compartir igual 4.0
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Documento descargado de RID - UNAJ Repositorio Institucional Digital de la Universidad Nacional Arturo Jauretche

Cita recomendada:

Bruzzone A. (2024). *Cáncer colorrectal en el AP2 de la ciudad de Bahía Blanca : Búsqueda de estrategias adaptadas al contexto para mejorar la accesibilidad al tamizaje* [tesis de maestría, Universidad Nacional Arturo Jauretche]. <https://rid.unaj.edu.ar/handle/123456789/2863>

Este documento es resultado del financiamiento otorgado por el Estado Nacional, por lo tanto, queda sujeto al cumplimiento de la Ley N° 26.899

Secretaría de Políticas Universitarias del Ministerio de Educación de la Nación. Universidad, Cultura y Territorio 2021. Argentina. Fortalecimiento de trayectos formativos para la educación y el trabajo. Experiencias de articulación con actores de la economía popular y social de Florencio Varela.

CÁNCER COLORRECTAL EN EL AP2 DE LA CIUDAD DE BAHIA BLANCA. BÚSQUEDA DE ESTRATEGIAS ADAPTADAS AL CONTEXTO PARA MEJORAR LA ACCESIBILIDAD AL TAMIZAJE

Maestría en Investigación Traslacional en Salud
Universidad Nacional Arturo Jauretche

Tesis para optar al título de
Magister en Investigación Traslacional para la Salud

Tesista: **Dra. Ariana Bruzzone**
Directora de Tesis: **Méd. Mg. María Eugenia Esandi**

Febrero 2024

“Agradecer nos recuerda que estamos conectados”

Como una vez bien dijo mi amiga Ceci Sarriguren, “me gusta estar del lado de los agradecidos”... asique este es un buen momento para agradecer a aquellos que me acompañaron, cada uno a su manera, para poder realizar la maestría, que termina cristalizándose en este trabajo.

Ante todo quiero agradecer a Eugenia Esandi. Sin lugar a duda nada hubiera sido posible sin ella a mi lado. Te agradezco el tiempo infinito que me dedicaste, tu generosidad en transmitir todo lo que sabes, tus consejos y tu mirada siempre clara. Gracias por confiar en mí. Pero sobre todo, agradezco a la vida por tu amistad, por estar a mi lado! Que la vida nos siga llevando por más proyectos juntas, científicos y no científicos!!! Gracias gracias gracias!!!!.

A Cecilia Sarriguren. De las cosas más lindas que me llevo de esta Maestría es tu amistad y estoy infinitamente agradecida por ello. Gracias por estar a mi lado, por seguirme en mis locuras, por las charlas y las risas. Por los momentos compartidos, aunque pocos, profundamente significativos. Y sobre todo porque nuevamente esta amistad me confirma que la distancia y el tiempo no importan cuando existe verdadero cariño.

A LA mejor Kill Bill del mundo. Es hermoso y un honor para mí que compartamos proyectos! Gracias por dejarme ser parte! Por tu generosidad y tu compromiso con transmitir lo que sabes, por tus palabras siempre justas y certeras.

A Zulma Ortiz, por transmitir la pasión. Gracias por ser el motor que empuja y que comienza a cambiar realidades. Gracias por confiar!

Al equipo Eqasil-CCR de MINKA. Iñaki Dopazo, Yamila Schenfeld, Manuel Robles, Gonzalo Picardi, Joel Schernenco, Belén Bellando y Mane Reig. Sin ellos hubiera sido imposible la realización de esta tesis. Gracias por el trabajo en equipo, por engancharse en cada idea propuesta, por el compromiso y responsabilidad que cada uno asumió para poder lograr todo lo que juntos hemos logrado. Esta tesis es también su tesis. Gracias infinitas. Vamos por más!!!

A los docentes y compañeros de la MITSA 2020. En especial al grupo ‘Cáncer’ de la de la Maestría. A Cecilia, Lucía, Juan, Cande y Carmen. Por todo lo compartido juntos.

A Carmen Esandi, por motivarme a hacer esta Maestría. Por estar siempre a mi lado, tanto en la ofi como en la vida misma. Gracias por tu amistad, por esperarme con el mate, por aguantarme todos los días!!!

A Rami, mi compañero de vida. Por acompañarme con infinito amor en mis decisiones. A mis hijos, que en pandemia bancaron en silencio las interminables horas de zoom. Los amo!

ABREVIATURAS

AP2: área programática 2

CAPS: centros de atención primaria de Salud

CCR: cáncer colorrectal

DD: diálogo deliberativo

HMALL: Hospital Municipal Agudos Dr. Leónidas Lucero

HR: *Hazard ratio*

IC: intervalo de confianza

OR: *Odds ratio*

PNCCR: Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana del Cáncer Colorrectal

RA: revisión sistemática

RITA: Registro Institucional de Tumores de Argentina

RR: razón de riesgo

SOMF: test de sangre oculta en materia fecal

VCC: videocolonoscopia

"El autor reconoce la importancia de utilizar un lenguaje inclusivo y respetuoso en la redacción académica. Si bien se acepta el uso del género gramatical femenino/masculino para referirse de manera genérica a ambos géneros, con el objetivo de facilitar la escritura y sin pretender excluir a ninguna persona, se optará por utilizar el género gramatical masculino como forma inclusiva en referencia al plural. Esta elección se realiza con la intención de mantener la claridad y la coherencia en la redacción, sin perjuicio de la diversidad de género que pueda existir en el público lector."

INDICE

RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	9
TAMIZAJE EN EL PAÍS Y EN LA CIUDAD DE BAHÍA BLANCA	11
DISEÑO DE ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN	12
MARCOS TEÓRICOS	14
ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD	14
BARRERAS Y FACILITADORES	16
DIÁLOGO DELIBERATIVO	19
PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	20
OBJETIVOS	20
OBJETIVO GENERAL	20
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
METODOLOGIA	22
DISEÑO Y ÁREA DE ESTUDIO	22
ETAPA 1: ESTUDIO CUALITATIVO DE BARRERAS & FACILITADORES	22
ETAPA 2. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA EVIDENCIA	24
ETAPA 3. DIÁLOGO DELIBERATIVO.....	27
ETAPA 4: CORRELACIÓN ENTRE LAS ESTRATEGIAS PROPUESTAS Y LAS BARRERAS LOCALES DE ACCESIBILIDAD	28
ASPECTOS ÉTICOS	28
RESULTADOS	29
ETAPA 1. BARRERAS Y FACILITADORES DEL TAMIZAJE	29
Aspectos propios de la INTERVENCIÓN que inciden en su implementación	29
El CONTEXTO EXTERNO y su influencia en el tamizaje	30
El CONTEXTO INTERNO	31
INDIVIDUOS.....	41
ETAPA 2. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA EVIDENCIA	45
Flujograma de selección de estudios	45
Síntesis de los resultados principales de la revisión de revisiones.....	46
ETAPA3. ENFOQUE PARTICIPATIVO: DIALOGO DELIBERATIVO	58
ETAPA 4. CORRESPONDENCIA ENTRE LAS ESTRATEGIAS PROPUESTAS Y LAS BARRERAS LOCALES SEGÚN DIMENSIONES DE ACCESIBILIDAD	61
DISCUSIÓN	63
CONCLUSIONES	69
BIBLIOGRAFÍA	70
ANEXOS	75
ANEXO I. Guía de Solo para quienes refieren trabajar en un CAPS o en un servicio hospitalario	75

ANEXO II. Guía de entrevista dirigida a quienes refieren un rol de gestión o decisión política	80
ANEXO III. Guía de entrevista para usuarios y no usuarios.....	83
ANEXO IV. Comité de ética	88

RESUMEN

La ejecución de programas de detección de cáncer colorrectal (CCR) presenta una complejidad inherente, no solo a causa de la existencia de numerosas barreras de acceso, sino también debido a deficiencias en la elección de estrategias de implementación de los mismos. Las ciencias de la implementación subrayan la importancia de que estas estrategias estén no sólo respaldadas por evidencia, sino que sean diseñadas de manera participativa y aborden de manera integral los determinantes contextuales.

El objetivo de este trabajo es analizar la correspondencia entre las barreras de accesibilidad al tamizaje de cáncer colorrectal identificadas en el área de estudio y las estrategias de implementación para el tamizaje oportuno propuestas por actores del sistema de salud, a través de un enfoque participativo e informado en la evidencia teórica, empírica y experiencial.

Se realizó un estudio mixto en etapas secuenciales, con enfoque participativo, en el área programática 2 de Bahía Blanca. Etapa 1. Estudio cualitativo para relevamiento de barreras y facilitadores basado en el Meta-marco Consolidado de la Investigación en Implementación y las dimensiones de la accesibilidad descritas por Garbus; Etapa 2. Revisión de revisiones sistemáticas (RS) sobre la efectividad de estrategias para incrementar la cobertura del tamizaje del CCR. Etapa 3. Diálogo deliberativo informado en evidencia con actores claves para consensuar posibles estrategias adaptadas al contexto. Etapa 4. Analizar la correspondencia entre las estrategias consensuadas y las barreras locales.

La dificultad de acceso a videocolonoscopia (dimensión técnica), el desconocimiento de la población y falta de percepción del CCR como un problema de salud (dimensión simbólica) y la baja adherencia de los profesionales a los lineamientos (dimensión técnica) fueron las barreras más relevantes. Las estrategias identificadas como efectivas para la implementación del tamizaje de CCR, fueron las relacionadas a la educación de la comunidad. Se observó escasa evidencia sobre estrategias dirigidas a abordar las barreras a nivel de profesionales de la salud y la organización sanitaria. En el diálogo deliberativo se consensuaron diferentes estrategias para ser aplicadas a nivel local, algunas dirigidas a la educación de la comunidad, y otras dirigidas a nivel de la oferta de servicios y organización. Casi la totalidad de las estrategias consensuadas apuntaron a barreras comprendidas dentro de la dimensiones técnica de accesibilidad y solo algunas

dirigidas a la dimensión simbólica, que abarca aspectos como el desconocimiento, el miedo, la poca valoración de la enfermedad como un problema de salud y la vergüenza asociada a las prácticas. Ninguna estrategia consensuada apuntó a aspectos políticos-económicos de la accesibilidad.

Este estudio realizado en el contexto de un área programática de salud de un municipio bonaerense permitió, a través de diferentes enfoques metodológicos, consensuar estrategias multifacéticas dirigidas a abordar las barreras a nivel de los equipos de salud y los servicios. A pesar de la utilización de evidencia de diferentes tipos y el uso de una metodología participativa, las estrategias consensuadas no se corresponden completamente con las barreras de accesibilidad encontradas.

PALABRAS CLAVES: Cáncer colorrectal, tamizaje, estrategias, barreras, sangre oculta en materia fecal

INTRODUCCIÓN

El cáncer colorrectal (CCR) constituye un problema sanitario a nivel mundial, tanto por su elevada incidencia y mortalidad, como por la complejidad de su abordaje por los sistemas de salud. A nivel global, para el año 2020 se estimaron más de 1.9 millones de nuevos casos, ubicándose en tercera posición en términos de incidencia total por cáncer en ambos sexos y segundo en términos de mortalidad, con un total de 935.000 muertes, lo que representa aproximadamente una de cada diez muertes por cáncer¹.

Las tasas de incidencia son aproximadamente 3 veces mayores en países desarrollados que en países en vías de desarrollo². Sin embargo, la carga total de CCR está aumentando en la mayoría de los países de ingresos bajos y medios^{3,4}, posiblemente debido al envejecimiento de la población, la urbanización, y una mayor prevalencia de factores de riesgo occidentalizados (consumo de alcohol, obesidad, tabaquismo, dieta sub-óptima)⁵. Este aumento en incidencia estandarizada por edad en la mayoría de los países plantea un importante desafío de salud pública. La pérdida en términos económicos se relaciona con la afectación de las personas jóvenes y adultas, en etapa de máxima actividad laboral. Por otro lado, el CCR no solo genera pérdidas económicas, sino también impacto psicosocial y deterioro en la calidad de vida.

El riesgo de desarrollar CCR en muchas regiones del mundo es de alrededor del 5%. Aproximadamente el 45% de personas diagnosticadas con CCR mueren como resultado de la enfermedad, a pesar del tratamiento². Sin embargo, cuando es diagnosticado y tratado en estadios tempranos, la supervivencia media a 5 años es de aproximadamente 90%, mientras que la misma cae drásticamente si es detectado en estadios avanzados, con una supervivencia media del 13%⁶.

La prevención primaria es la estrategia clave para reducir el incremento de la carga global de CCR. Sin embargo, el tamizaje oportuno es la estrategia de prevención secundaria que ha demostrado disminuir la mortalidad específica por esta enfermedad. La mayoría de los CCR se desarrollan a partir de un precursor preclínico, el adenoma, cuya progresión hacia un cáncer invasivo lleva años⁷. Estas características, la alta incidencia, la fase preclínica larga, la presencia de un precursor reconocible y tratable, el alto costo del tratamiento y la correlación de la mortalidad con el estadio de la enfermedad hacen que el CCR sea muy adecuado para la detección en poblaciones⁸.

Los estudios de modelado han demostrado que las estrategias de detección oportunas son costo-efectivas⁹. El 76% de las muertes por CCR son prevenibles con programas integrales que se dediquen a concientizar a la población, ayudar a los médicos a identificar riesgos e indicar los estudios de control y tratamientos adecuados, así como preparar la red de atención para ofrecer los mismos en tiempo y forma. En entornos de economías emergentes, considerando los altos costos de la videocolonoscopia (VCC) y de servicios de diagnóstico y tratamiento insuficientes, se sugiere la detección del CCR con métodos asequibles y no invasivos, como el test de sangre oculta en materia fecal (SOMF)¹⁰. El proceso de detección del CCR es complejo e implica la ejecución de varios pasos de atención, coordinando la atención y la transferencia de responsabilidades entre los equipos de atención primaria de la salud y otros servicios¹¹. Para que el cribado logre un mayor impacto en la incidencia y mortalidad por CCR, los equipos y los sistemas de prestación deben implementar intervenciones que aborden el proceso completo de detección.

En Argentina, el Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana del Cáncer Colorrectal (PNCCR) fue creado en 2013 por el Ministerio de Salud de la Nación, con el objetivo de disminuir la incidencia y mortalidad por esta enfermedad¹², enfocado en un acceso equitativo a la salud y priorizando la atención de la población con cobertura de salud pública exclusiva. El PNCCR recomienda para la población de riesgo promedio (sin síntomas ni antecedentes familiares y/o personales) ofrecer la SOMF entre los 50-74 años de manera bienal^{13,14}. En el caso de test positivo, se deriva para VCC complementaria asegurando la accesibilidad y la calidad del estudio. En caso de hallazgos patológicos, se realiza tratamiento y seguimiento individualizado por patología de acuerdo a las normativas vigentes¹³. Un estudio local concluyó que esta intervención con SOMF es costo-efectiva¹⁵. Analizando los costos vinculados al tamizaje, diagnóstico y tratamiento de CCR en nuestro país, esta política sanitaria tiene un fuerte impacto positivo, tanto en disminución de la cantidad de casos y de defunciones por CCR como en costos para el Estado por el tratamiento de esos casos¹⁶. Si se tiene en cuenta una perspectiva social, incluyendo otros gastos, directos e indirectos no médicos, como así los costos que implica la muerte de una persona por pérdida de productividad, aún más se pone en manifiesto la relevancia de realizar tamizaje.

TAMIZAJE EN EL PAÍS Y EN LA CIUDAD DE BAHÍA BLANCA

En Argentina, el CCR representa el segundo cáncer tanto en incidencia como en mortalidad¹⁷, con un total de 15.895 nuevos casos y 8.493 muertes anuales¹⁸. A pesar de esto, según los resultados de la última Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, sólo el 31,6% de las personas de entre 50 y 75 años se hizo alguna de las pruebas recomendadas para el rastreo de CCR. Si bien se registra un aumento estadísticamente significativo con respecto a la edición anterior de la encuesta, la cobertura continúa siendo muy baja, en particular en las personas con cobertura pública exclusiva (16,8% vs. 35,2% en el grupo con cobertura) y con bajo nivel socioeconómico (18,1% en el quintil 1 vs. 43,3% en el quintil de mayor ingreso)¹⁹. Sumado a esto, según datos del último Registro Institucional de Tumores de Argentina (RITA), el 51% presenta estadio clínico avanzado al momento del diagnóstico²⁰. Datos del estudio CONCORD-3 señalan que la supervivencia neta a 5 años en Argentina en el período 2000-2014 fue cercana al 50%²¹. Sin embargo, según el RITA (período 2012-2017) la supervivencia a los 5 años fue del 22% y 15%, para mujeres y varones respectivamente²².

La implementación del plan provincial, que adhiere a los lineamientos del PNCCR, se inició de manera escalonada en el año 2018. En los municipios donde el programa ha sido implementado aún se observa un bajo nivel de participación. En la ciudad de Bahía Blanca, provincia de Buenos Aires, el PNCCR no ha sido implementado y el tamizaje de la población con cobertura pública exclusiva se realiza de manera oportunista a través del pedido de SOMF en centros de atención primaria de Salud (CAPS) ubicados en las diez áreas programáticas en las que se subdivide el sistema público de salud municipal (primer nivel de atención).

La realización del test de SOMF se realiza en el laboratorio central del Hospital Municipal Agudos Dr. Leónidas Lucero (HMALL, segundo nivel de atención). El resultado regresa al CAPS desde donde - si es necesario- se gestiona un turno para gastroenterología en el hospital. Si se encuentran resultados positivos, el paciente continúa dentro de los propios servicios del hospital (Figura 1).

Resultados locales señalan que la prevalencia de rastreo de CCR en el área programática 2 (AP2) es extremadamente baja. La frecuencia estimada de solicitud de la SOMF en los CAPS del AP2 para el año 2019 fue de 2,6%, observándose un descenso en los dos años de la pandemia (1 por cada 100)²³. De acuerdo a las metas estipuladas por el PNCCR se

esperaría alcanzar un 30% de cobertura en tres años. Sin embargo, si se considera el porcentaje acumulado entre 2019 y 2021, este porcentaje no alcanza al 5%.

A partir de los datos obtenidos del laboratorio del hospital se estimó que en el periodo evaluado 28 test realizados habrían resultado ser positivos. Sin embargo, según datos provenientes de la Secretaría de Salud, se informaron solo 4 derivaciones a gastroenterología referenciadas desde el AP2 (sin distinguir motivo de derivación). Según datos del servicio de oncología, para el período 2019-2021, se diagnosticaron 4 pacientes con CCR, dos en estadio II, uno en estadio III y uno en estadio IV y dos paciente fallecieron en el período²³. Estos datos muestran que el tamizaje local de CCR es subóptimo y sugieren la presencia de numerosas barreras para el acceso.

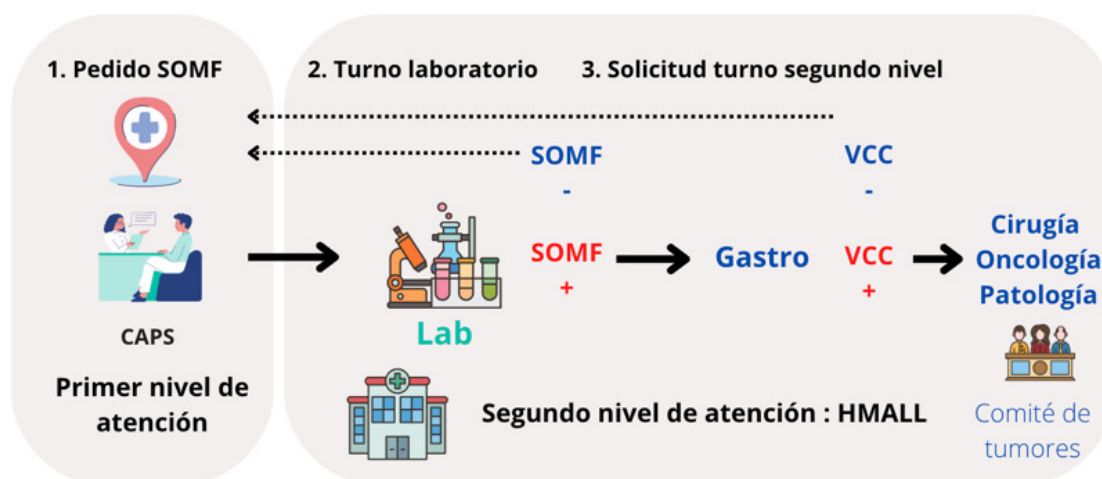


Figura 1. Recorrido para el tamizaje de cáncer colorrectal en el Área Programática 2 de la ciudad de Bahía Blanca. CAPS: centro de atención primaria de la salud; Gastro: servicio de gastroenterología; HMALL: hospital Municipal Leóidas Lucero; SOMF: sangre oculta en materia fecal; VCC: videocolonoscopia

DISEÑO DE ESTRATEGIAS DE IMPLEMENTACIÓN

Por lo general se describe que la aceptación, aplicación e implementación de las recomendaciones o intervenciones resulta ser compleja, variable y a tasas inferiores a las deseadas²⁴. En particular, la experiencia en la implementación de programas de tamizaje de CCR señala una gran dificultad de lograr altos niveles de cobertura, principalmente debido a numerosas barreras de acceso, tanto estructurales como demográficas, psicológicas, cognitivas, sociales, culturales y económicas²⁵⁻²⁸.

Las estrategias de implementación son métodos o técnicas utilizadas para mejorar la adopción, implementación, sostenibilidad y ampliación de una determinada intervención²⁹. Pueden estar dirigidas al paciente, con el objetivo de aumentar la demanda de servicios o para aumentar el acceso de la comunidad reduciendo las barreras estructurales que lo impiden o a los proveedores de salud, para incrementar la oferta³⁰. En este sentido, la experiencia empírica describe numerosas estrategias que han demostrado aumentar la aceptación de las pruebas de detección del CCR por parte de las personas, como la educación, los recordatorios al paciente, la reducción de barreras, la evaluación y retroalimentación del proveedor entre otras³⁰.

En lo que respecta a la evidencia, en contraste con la tradición biomédica que mayormente emplea el término 'evidencia' para denotar los descubrimientos de investigaciones empíricas efectuadas en situaciones controladas, en el ámbito de las ciencias de la implementación, se utiliza esta expresión en un sentido más amplio. Esto implica que abarca también otras formas de conocimiento que son consideradas confiables desde una perspectiva de las ciencias sociales. La Tabla 1 detalla las distintas categorías de evidencia según Harvey y sus colaboradores³¹.

Tabla 1. Tipos de evidencia. Tomado de Harvey y col.

Tipo de evidencia	Descripción	Cómo contribuye al conocimiento?
Teórica	Ideas, conceptos y modelos utilizados para describir la intervención, para explicar cómo y por qué funciona, y para conectarla con una base de conocimientos y un marco más amplio.	Ayuda a comprender las teorías del programa que están detrás de la intervención y a utilizar teorías del comportamiento humano u organizacional para describir y explorar su funcionamiento previsto de manera que se puedan construir y probar hipótesis significativas y transferir el aprendizaje sobre la intervención a otros contextos.
Empírica	Información sobre el uso real de la intervención y sobre su efectividad y resultados.	Ayuda a comprender cómo se lleva a cabo la intervención en la práctica y a establecer y medir sus efectos reales y la causalidad de las relaciones entre la intervención y los resultados deseados.
Experiencial	Información sobre las experiencias de las personas con la intervención, y la interacción entre ellos.	Ayuda a comprender cómo las personas (usuarios, profesionales y otras partes interesadas) experimentan, ven y responden a la intervención, y cómo esto contribuye a nuestra comprensión de la intervención y da forma a su uso.

Clásicamente la planificación de estrategias solía seguir un enfoque empírico, a partir del cual se seleccionaban estrategias que habían resultado ser efectivas en experiencias previas, sin considerar las diferencias entre los problemas, entornos y otros factores

relevantes. Se asumía tácitamente que estas estrategias eran inherentemente efectivas o no, sin importar el desafío de la implementación o de las características del entorno³². Hoy en día se reconoce que la evidencia empírica es necesaria, pero que por sí sola no proporciona suficiente orientación sobre qué intervención utilizar, cómo y cuándo aplicarla. Las estrategias de implementación deben seleccionarse en base a una evaluación de las barreras y facilitadores, es decir los determinantes, comprendiendo además los mecanismos por los cuales estos ocurren³².

Por este motivo, se ha incrementado el empleo de teorías de las ciencias sociales y del comportamiento, lo que respalda una selección, aplicación y adaptación más acertada de las estrategias a entornos específicos. La comprensión integral del contexto es esencial para garantizar de que las estrategias elegidas sean viables y estén en sintonía con el entorno en el que se llevará a cabo la implementación³². La implementación de estrategias que no tienen en cuenta las barreras del contexto tienden a tener una efectividad limitada^{33,34}. Además, Handley y colaboradores sugieren que la participación de una variedad de individuos y organizaciones interesadas es fundamental para lograr una traducción efectiva y una mejora sostenida en los resultados de la implementación³⁵.

Los trabajos que guían el diseño y la realización de estudios de implementación describen una serie de actividades de investigación deseables e importantes para lograr el éxito en la identificación, diagnóstico y cierre de las brechas de implementación. Entre ellas, la revisión de la evidencia empírica, la identificación de las barreras (y de los mecanismos a través de los cuales operan esos determinantes), así como el involucramiento de los principales interesados, teniendo en cuenta las opiniones y recomendaciones sobre posibles enfoques para cerrar estas brechas³².

MARCOS TEÓRICOS

ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD

Existen distintas formas de conceptualizar y operacionalizar el concepto de accesibilidad a los servicios de salud. En muchas ocasiones el término es utilizado en forma imprecisa y no siempre es clara la definición que se emplea ni cuál es su vínculo con la utilización de los servicios. Según Donabedian, el concepto de accesibilidad constituye un "factor

mediador" entre la capacidad de producir servicios y el consumo real de dichos servicios. La considera como algo más a la mera presencia o 'disponibilidad' del recurso en un cierto lugar y en un momento dado. Comprende las características del recurso que facilitan o dificultan el uso por parte de los clientes potenciales es decir, es el 'grado de ajuste' entre las características de la población y las de los recursos de atención a la salud³⁶.

Julio Frenk, en su marco teórico restringe el término al proceso de buscar y recibir atención. En un extremo ubica la disponibilidad, es decir la presencia física del recurso sumado a la capacidad para producir servicios. La utilización real de esos servicios sería el otro extremo. Entre la capacidad para producir servicios y el uso de los mismos existe una zona intermedia donde surge lo que denomina 'resistencia', es decir el conjunto de obstáculos a la búsqueda y obtención de la atención. El término "acceso" lo utiliza para referirse a la capacidad de un cliente o grupo de clientes para buscar y obtener atención. Es una característica de la población de usuarios potenciales o reales de los servicios³⁷. El concepto de "accesibilidad" de Frenk capta la esencia de la noción de 'grado de ajuste' nombrado anteriormente..

Otros autores incorporan otras dimensiones para describir a la accesibilidad como la disponibilidad, accesibilidad, adecuación, capacidad financiera y aceptabilidad, entre otras (revisado en Giovanella & Fleury³⁸). Estos autores proponen una visión comprensiva de la accesibilidad en la cual es posible incorporar una dimensión económica referente a la relación entre oferta y demanda; una visión técnica, relativa a la planificación de la organización de la red de servicios; una visión política, relativa al desarrollo de una conciencia sanitaria y de la organización popular; y una dimensión simbólica, relativa a las representaciones sociales, conjunto de vivencias, creencias, pensamientos, saberes y representaciones de salud de una población. Pamela Garbus, retoma los trabajos de Giovanella & Fleury y los utiliza para operacionalizar la accesibilidad en cuatro dimensiones (Figura 2):

- La dimensión económica, referente a los costos económicos asociados al acceso a la atención (bono consulta, medicamentos, transporte, estudios).
- La dimensión técnica: relativa a la organización de la red de servicios de salud, el otorgamiento de turnos, la distribución de efectores, el funcionamiento del sistema de referencia y contrarreferencia.

- La dimensión política: relativa a las políticas de salud; la participación que tienen en las mismas los usuarios; las prácticas de salud que dichas políticas moldean.
- La dimensión simbólica: relativa a la dimensión subjetiva del proceso de salud-enfermedad-atención, desde la perspectiva de los usuarios, como de los trabajadores de salud.

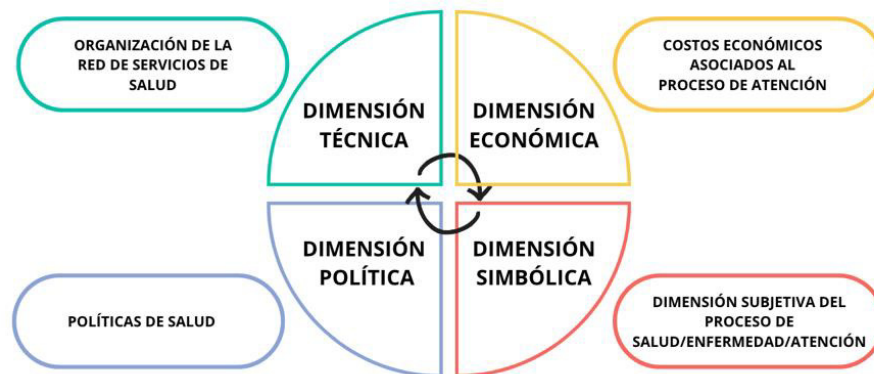


Figura 2. Dimensiones de la accesibilidad en Salud. Adaptado de Garbus, 2012.

BARRERAS Y FACILITADORES

Se refiere a los factores que obstaculizan el acceso al rastreo de CCR o por el contrario, lo facilitan. El Meta-marco consolidado de la Investigación en Implementación propuesto por Damschroder y col.³⁹, sustentado en una revisión exhaustiva de modelos teóricos pre-existentes, permite caracterizar factores organizacionales que inciden en la implementación de una determinada intervención, en este caso el tamizaje. Este modelo propone cinco grandes dominios: la INTERVENCIÓN, el CONTEXTO EXTERNO, el CONTEXTO INTERNO, los INDIVIDUOS y el PROCESO DE IMPLEMENTACIÓN. Para cada dominio, se identifican, a partir de la revisión de las teorías, una serie de factores (en el modelo teórico, reciben el nombre de “constructos”) que podrían incidir, positiva o negativamente en la implementación (Tabla 2).

Tabla 2. Dominios y constructos del Marco Consolidado para la Investigación en Implementación propuesto por Damschroder y col.

INNOVACION/INTERVENCIÓN	
Origen	Reputación, credibilidad y/o confianza en el grupo que desarrolló o patrocina el uso de la innovación.
Evidencia	Fuerza y calidad de la evidencia que sustenta la innovación y que incrementa su confianza en ella. Las fuentes de evidencia pueden incluir la evidencia empírica, anécdotas de colegas, información de un competidor, los resultados de estudios locales.
Ventaja relativa	Ventaja de implementar la innovación por sobre otra alternativa.
Adaptabilidad	Capacidad de la innovación de modificarse, adaptarse o perfeccionarse para ajustarse al contexto o las necesidades locales.
Prueba piloto	Posibilidad de probar la intervención a escala pequeña y revertir su implementación en caso de que fuera necesario.
Complejidad	Dificultad de implementar una intervención (duración, alcance, cantidad de pasos que requiere para su implementación) o medida en la que la intervención resulta disruptiva o el cambio que introduce es muy radical para la organización.
Calidad diseño y packaging	Grado de “excelencia” en la manera en la que la intervención es presentada a quienes deben implementarla.
Costos	Asequibilidad de los costos de adquisición y funcionamiento.
CONTEXTO EXTERNO	
Incidentes críticos	Eventos no anticipados o a gran escala que disrumpen la implementación de la intervención.
Valores socioculturales	Valores y creencias que animan o no al entorno externo a apoyar la intervención.
Condiciones locales	Las condiciones económicas, medioambientales, políticas y/o tecnológicas permiten al entorno externo respaldar la aplicación de la innovación.
Asociaciones y conexiones	Grado de conexión del entorno interno con entidades externas (redes de referencia, afiliaciones académicas y redes de organizaciones profesionales).
Leyes y políticas	La legislación, los reglamentos, las directrices y recomendaciones de grupos profesionales o las normas de acreditación que respaldan la intervención.
Financiamiento	Disposición de financiación de entidades externas.
Presión externa	Presión para competir o mimetizarse con otras organizaciones externas que han implementado o están implementando la intervención.
CONTEXTO INTERNO	
Características estructurales	Arquitectura que apoya el rendimiento de la intervención (infraestructura, tecnología, estructura laboral).
Conexiones	Grado y calidad de las relaciones y redes de los equipos dentro y fuera de los límites del entorno interno.
Comunicación	Presencia de prácticas formales e informales de intercambio de información de alta calidad dentro y a través de los límites del entorno interno.
Cultura	Normas, valores y supuestos básicos de una organización.
Tensión al cambio	Medida en la que la situación actual es intolerable y requiere ser modificada.
Compatibilidad	Grado en que la innovación se ajusta al flujo de trabajo, al sistema y a los procesos.
Prioridad relativa	Importancia de la implementación de la intervención en comparación a otras alternativas.
Sistema de incentivos	Presencia de incentivos o recompensas (tangibles y/o intangibles) y/o desincentivos o castigos que inciden en la aplicación y puesta en práctica de la intervención.
Alineación con la misión	Grado en que la implementación de la innovación están en consonancia con el compromiso, el propósito o los objetivos generales del entorno interno.
Recursos disponibles	Recursos para llevar a cabo la intervención (financiamiento, espacio, materiales, equipamiento).

Aceso al conocimiento y a la información	Orientación y/o formación para aplicar y poner en práctica la innovación.
INDIVIDUOS	
Subdominio ROLES	
Líderes de alto nivel	Percepciones y roles de individuos con alto nivel de autoridad, directores, líderes ejecutivos y decisores.
Líderes nivel medio	Individuos con un nivel moderado de autoridad, incluidos los líderes supervisados por un líder de alto nivel y que supervisan a otros.
Líderes de opinión	Individuos con influencia informal en las actitudes y comportamientos de los demás.
Facilitadores de la implementación	Personas con experiencia en la materia que ayudan, asesoran o apoyan la aplicación.
Líderes de la implementación	Individuos que lideran los esfuerzos para implementar la intervención.
Miembros del equipo de implementación	Personas que colaboran y apoyan a los líderes de implementación en la implementación de la innovación, incluyendo idealmente a los proveedores y receptores de la intervención.
Otros apoyo de la implementación	Personas que apoyan a los líderes de implementación y/o a los miembros del equipo de implementación.
Ejecutores de la innovación	Personas que directa o indirectamente ejecutan la intervención.
Destinatarios de la innovación	Personas que reciben directa o indirectamente la intervención.
Subdominio CARACTERISTICAS	
Necesidad	Medida en que las personas presentan déficits relacionados con la supervivencia, el bienestar o la realización personal, que se abordarán mediante la aplicación de la intervención.
Capacidad	Competencia interpersonal, conocimientos y habilidades para cumplir una función.
Oportunidad	Disponibilidad, alcance y poder para desempeñar una función.
Motivación	Compromiso a desempeñar una función
PROCESO	
Trabajo en equipo	Grado en el que el equipo se une, coordina y colabora para poner en práctica la intervención.
Evaluación de las necesidades	Recopilación de información sobre las prioridades, preferencias y necesidades (de ejecutores o receptores) para orientar la implementación y ejecución de la intervención.
Evaluación del contexto	Recopilación de información para identificar obstáculos y facilitadores de la implementación de la intervención.
Planificación	Identificación de funciones y responsabilidades, esbozar pasos e hitos específicos y definir objetivos y medidas para el éxito de la implementación por adelantado.
Estrategias de adaptación	Elección y puesta en práctica de estrategias de aplicación que aborden los obstáculos, aprovechen los facilitadores y se adapten al contexto.
Compromiso	Atracción de ejecutores o destinatarios para que formen parte del equipo de ejecución y/o para que lleven a cabo la intervención.
Hacer	Implementación en pequeños ciclos para probar y optimizar a entrega de la intervención.
Reflexión y evaluación	Devolución del grado de progreso alcanzado.

DIÁLOGO DELIBERATIVO

El diálogo deliberativo (DD) es un tipo de enfoque participativo que fomenta la discusión y la toma de decisiones colectivas a través de la participación activa de múltiples actores. En este tipo de diálogo se busca que todos los participantes contribuyan de manera significativa al proceso de decisión, tomando en cuenta sus conocimientos y experiencias. Permite que se escuchen diferentes perspectivas, incluidas aquellas que a menudo son ignoradas o marginadas. El objetivo es lograr un consenso o una decisión justa y equitativa que refleje las necesidades y aspiraciones del conjunto de los participantes.

Los decisores en salud enfrentan dos grandes desafíos con lo que respecta a la evidencia científica: que ésta no siempre es relevante en términos de los problemas a resolver; y no siempre es fácil de acceder a ella, usarla o traducirla en acción^{40,41}. Los DD tiene la capacidad de superar estos desafíos y hacer que la evidencia científica sea más fácil de usar para la toma de decisiones ya que: 1) utilizan la evidencia científica como entrada en las discusiones; 2) crean la oportunidad para que los responsables políticos y los interesados discutan, contextualicen y determinen lo que significa la evidencia científica a la luz del conocimiento tácito y las experiencias del mundo real que se traen a las discusiones; y 3) otorgan a los responsables políticos con conocimiento relevante, oportuno y usable para la toma de decisiones. Los DD también tienen otros beneficios, como aumentar la legitimidad y la confianza del público en las decisiones tomadas en el campo de la salud. De esta manera se puede promover la colaboración y la cooperación entre diferentes actores, lo que puede mejorar la calidad de la atención médica y la satisfacción de los pacientes. Según el modelo propuesto por Boyco 2012⁴², las características clave para un diálogo deliberativo son:

1) Ambiente de reunión apropiado, es decir, propicio para el diálogo. Donde se fomente el compromiso y la transparencia. El tamaño del grupo también es importante. Por ejemplo los grupos pequeños (5-10) pueden carecer de diversidad, pero son útiles para generar ideas y maximizar la participación. Los grupos más grandes (10 o más) pueden tener más puntos de vista en la resolución de problemas complejos, pero puede ser difícil involucrar a todos los participantes.

Antes del DD, es aconsejable proporcionar a los participantes información o evidencia sobre el problema que se va a discutir⁴³. Esto proporcionará una base común para favorecer la discusión teniendo en cuenta la evidencia científica⁴⁴.

Posteriormente, se deberá considerar si y cómo se traducirá el diálogo en una forma escrita.

2) Combinación adecuada de participantes. El "mix" de intereses determinará qué puntos de vista, cuales experiencias y cuál conocimiento tácito se pone sobre la mesa como entrada a la discusión sobre el problema y las soluciones. Se sugiere el mapeo de las partes interesadas para identificar la gama completa de intereses involucrados para luego seleccionar cuidadosamente a los individuos de estos grupos basados en la capacidad para articular los puntos de vista y experiencias, su compromiso, motivaciones, recursos disponibles para involucrar a otros en una discusión significativa después del diálogo, etc.^{43,44}

3) Uso apropiado de la evidencia de investigación. Lavis, Boyko y col. afirman explícitamente que los DD permiten que la evidencia de investigación se considere junto con los puntos de vista, experiencias y conocimientos tácitos de aquellos que estarán involucrados o afectados por futuras decisiones sobre un problema de alta prioridad⁴⁴.

PROBLEMA Y PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

Dada la relevancia del CCR en cuanto a incidencia y mortalidad, la complejidad de su tamizaje y las bajas tasas de cobertura observadas en el área de estudio, la pregunta que orientó el presente trabajo de tesis fue: ¿Cuál es el grado de correspondencia entre las barreras de accesibilidad al tamizaje de CCR identificadas en el área de estudio y las estrategias de implementación seleccionadas para el tamizaje oportuno, a través de un enfoque participativo e informado en la evidencia teórica, empírica y experiencial?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar la correspondencia entre las barreras de accesibilidad al tamizaje de cáncer colorrectal identificadas en el área de estudio y las estrategias de implementación para el

tamizaje oportuno propuestas por actores del sistema de salud, a través de un enfoque participativo e informado en la evidencia teórica, empírica y experiencial.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Generar evidencia local sobre las barreras y facilitadores que inciden en la accesibilidad al tamizaje de CCR en el AP2 de la ciudad de Bahía Blanca.
2. Identificar estrategias para implementar el CCR que han demostrado ser efectivas en otros contextos y sintetizar la evidencia sobre su efectividad.
3. Involucrar a actores clave en el diseño y consenso de estrategias para implementar el tamizaje de CCR en el área de estudio, a través de un diálogo deliberativo informado en la evidencia.
4. Evaluar la correspondencia entre las estrategias consensuadas y las barreras asociadas a las diferentes dimensiones de la accesibilidad.

METODOLOGIA

DISEÑO Y ÁREA DE ESTUDIO

Esta investigación se orientó a contribuir en la reducción de la brecha entre la investigación y la toma de decisiones sobre problemas de salud prioritarios.

La investigación se realizó en el área programática 2 (AP2) de la ciudad de Bahía Blanca (Región Sanitaria 1 de la Provincia de Buenos Aires). El AP2 es una de las áreas de mayor extensión del municipio, conformada por dos centros de salud (Piñeiro y Menghini) y tres unidades sanitarias (Villa Nocito, Maldonado y Bordeu). Provee atención a una población de 19.773 habitantes (según censo 2010), muchos de los cuales se encuentran en situación de alta vulnerabilidad social. El 80% de esta población se atiende en el sistema público de salud. El 16,8% se encuentra en el rango etario objetivo para tamizaje.

Se realizó un estudio de métodos mixtos con enfoque participativo, y en etapas secuenciales. Las etapas en que se desarrolló la investigación fueron las siguientes:

- **Etapa 1.** Estudio cualitativo para relevamiento y categorización de barreras y facilitadores basado en el Meta-marco Consolidado de la Investigación en Implementación y las dimensiones de la accesibilidad de Garbus (técnica, económica, política o simbólica);
- **Etapa 2.** Revisión de revisiones sistemáticas (RS) sobre la efectividad de estrategias para incrementar la cobertura del tamizaje del CCR.
- **Etapa 3.** Diálogo deliberativo informado con actores claves para consensuar posibles estrategias adaptadas al contexto local.
- **Etapa 4.** Mapeo de la correspondencia entre las estrategias propuestas en la etapa 3 y las barreras locales categorizadas según las diferentes dimensiones de la accesibilidad.

ETAPA 1: ESTUDIO CUALITATIVO DE BARRERAS & FACILITADORES

Se utilizó el meta-marco consolidado de la Investigación en Implementación³⁹ para relevar las barreras y facilitadores del acceso al tamizaje a nivel organizacional y para relevar los factores individuales que obstaculizan o por el contrario, facilitan el acceso de las personas al tamizaje de CCR desde la perspectiva de múltiples actores del sistema de salud local.

La población de estudio estuvo constituida por el personal de salud que se desempeña en el primer nivel de atención y/o en el nivel de mayor complejidad con el cual el éste articula (se consideró cubrir todos los niveles y servicios involucrados en el continuo de atención) y por usuarios/as (personas que asisten a los centros de salud al menos una vez al año) y no usuarios/as (personas que han asistido menos de una vez por año en los últimos dos años).

Se entiende como equipos de salud a los actores que se desempeñan en el nivel macro (a cargo de la formulación, implementación, monitoreo y evaluación de políticas, planes y programas municipales), nivel meso (a cargo de dirección y gestión de servicios hospitalarios y/o CAPS) y nivel micro (promotores de salud, médicos de diversas especialidades, bioquímicos, enfermeros, administrativos, etc.) relacionados con el tamizaje de CCR en la región.

Usuarios: Para la entrevista de los usuarios y no usuarios se consideraron individuos de ambos sexos con cobertura pública exclusiva que cumplan los criterios de población de riesgo promedio definida por el PNCCR y que residan en el AP2 :

- i) ambos sexos, entre 50 y 75 años,
- ii) sin antecedentes personales o familiares,
- iii) sin síntomas que puedan relacionarse con patología colónica.

La identificación de actores clave del sistema de salud se realizó a partir de una entrevista al equipo de conducción del AP2. Otras personas entrevistadas fueron reclutadas a través de las técnicas de muestreo en bola de nieve. Los usuarios se identificaron en las unidades sanitarias de manera aleatoria, mientras que los no usuarios, fueron identificados junto a la promotora de salud. El tamaño muestral se definió por saturación temática.

Se diseñaron los instrumentos de entrevistas los cuales fueron piloteados para corroborar entendimiento y coherencia. Para una mejor aplicación, se realizaron tres instrumentos de recolección de datos en las entrevistas (anexos I, II y III):

- 1) Guía de entrevista dirigida a profesionales de los equipos de salud,
- 2) Guía de entrevista dirigida a quienes refieren un rol de gestión o decisión y
- 3) Guía de entrevista para usuarios y no usuarios.

Cada participante fue entrevistado/a por única vez, en los lugares de trabajo, centros de salud o zonas barriales. Ocho entrevistas se realizaron por plataforma virtual. Los participantes recibieron información sobre el proyecto al momento de realizar las entrevistas. Las entrevistas a los miembros de los equipos de salud tuvieron una duración de 33 min promedio, mientras que la de los usuarios y no usuarios 6 min promedio. Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y codificadas de acuerdo a los marcos teóricos. Los datos cualitativos resultantes fueron analizados tanto deductivamente (codificando los datos según los temas clave de los marcos conceptuales existentes) como inductivamente (utilizando el análisis temático para obtener nuevos temas o hallazgos inesperados a través de la codificación y categorización de datos) utilizando el software Nvivo. Los resultados del trabajo fueron compartidos con los entrevistados para sus comentarios o sugerencias. El trabajo contempla los criterios consolidados para informar sobre investigaciones cualitativas (COREQ)⁴⁵.

ETAPA 2. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA EVIDENCIA

Se realizó una revisión de revisiones sistemáticas que evaluaron la efectividad de estrategias para incrementar la cobertura del tamizaje del CCR.

Estrategia de búsqueda: A partir de la pregunta de investigación: ¿Cuál es la efectividad de las diferentes estrategias de implementación del tamizaje de CCR, para mejorar la adopción y adherencia a dicha práctica, en personas de 50-75 años con riesgo promedio?, se identificaron tres grupos temáticos, las palabras claves y las estrategias de búsqueda para cada grupo, que posteriormente se combinaron para identificar los artículos pertinentes a la revisión:

- Componente 1: Personas de 50 a 75 años con riesgo promedio. (50-75 average risk people) OR (Personas de 50 a 75 años con riesgo promedio) OR (average risk population) OR (over 50 years) OR (between 50 and 75) OR (adults).
- Componente 2: Estrategias de implementación de tamizaje. (intervention) OR (intervention strategies) OR (screening strategies) OR (screening implementation) OR (screening implementation strategies).
- Componente 3: Cáncer de colon. (sigmoid neoplasms) OR (colorectal Neoplasms) OR (Hereditary Nonpolyposis) OR (Adenomatous Polyposis Coli)

OR (Rectal Neoplasms) OR (Colonic Neoplasms) OR (Colon cancer) OR (Colorectal cancer) OR (Bowel cancer) OR (Colonic cancer).

Se realizó la búsqueda en bases de datos electrónicas (PubMed, Biblioteca Virtual de Salud Pública y Epistemonikos), en la Biblioteca de la Colaboración Cochrane y se complementó con búsqueda manual de las citas bibliográficas de las revisiones incluidas. Se realizó la búsqueda en inglés y castellano. Se aplicaron filtros por tipo de estudio (“Revisiones Sistemáticas”) y año de publicación (entre 2017 y 2022).

Selección de la evidencia: se realizó de forma sistemática y secuencial, sobre la base de criterios pre-establecidos para cada etapa:

- Etapa 1. Selección de artículos potencialmente elegibles del total de recuperados por cada estrategia y componente. A cargo de un revisor, a partir de la identificación de las palabras claves en el título y/o resumen.
- Etapa 2. Selección de artículos elegibles: de los artículos potencialmente elegibles, un revisor seleccionó los elegibles cuando se tratara de una RS basada en la evidencia que mencionara estrategias de implementación del tamizaje de CCR para población con riesgo promedio de 50 a 75 años, publicados en los últimos 5 años.
- Etapa 3. Selección de artículos que cumplan criterios de inclusión: fue realizada por dos revisores de manera independiente, sobre la base de los siguientes criterios: a. Tipo de estudio: RS que incluyeron ensayos clínicos aleatorizados y no aleatorizados, con síntesis cualitativa y/o cuantitativa (meta-análisis) de los resultados sobre la efectividad de las estrategias para fortalecer el tamizaje de CCR; b. Población objetivo: personas entre 50 y 75 años con riesgo promedio de desarrollar CCR; c. Que evalúen estrategias de implementación de tamizaje de CCR; d. Que hayan sido publicadas entre 2017 y 2022. Los casos de disenso fueron resueltos por un tercer revisor. Se excluyeron las revisiones en las que no fuera posible acceder al texto completo.

Evaluación de la calidad de la evidencia de las RS incluidas: se realizó por medio del instrumento AMSTAR-II⁴⁶. Se aplicó el instrumento de forma duplicada e independiente. Las discrepancias se resolvieron por consenso de los dos evaluadores. El instrumento

tiene 16 ítems que se evalúan como “Sí”, “Sí parcial”, “No”. Los ítems marcados como “Sí” se computaron al 100% de su valor, mientras que los “Parcial” al 50%. Sólo aquellas revisiones con un puntaje igual o mayor al 60% del total de ítems fueron consideradas de calidad suficiente e incluidas en la síntesis de resultados.

Extracción de datos: se extrajeron los siguientes datos de cada revisión: autor, año de publicación, cantidad y tipo de estudios que incluye, tipo de estrategia evaluada, contexto en el que se aplicó y efecto global observado. Se empleó un formulario de Google estandarizado para dicho fin. Se designó un extractor para cada revisión y un supervisor que finalizada la extracción verificó que los datos sean correctos y completos. El conjunto de datos se volcó en una hoja de Excel para su posterior síntesis. Se consideró “estrategia” (también referida como intervenciones) a toda acción con el objetivo de incrementar el tamizaje de CCR.

Síntesis de los resultados: se identificaron y clasificaron las estrategias incluidas en cada una de las RS según la taxonomía propuesta por Dougherty y col. (dirigidas al paciente/comunidad; a profesionales; otro tipo de estrategias)⁴⁷. Se sintetizaron los resultados sobre la efectividad de cada estrategia para mejorar la adherencia al tamizaje a partir de las medidas de efecto global reportadas en cada revisión (RR: Razón de riesgo, OR: Odds ratio, HR: Hazard ratio; diferencia de porcentajes pre-post intervención).

En el caso de las RS que emplearon meta-análisis para estimación del efecto de la intervención/estrategia se empleó el método GRADE para calificar la certeza de la evidencia ⁴⁸ según las siguientes categorías:

- ALTA: alta seguridad de que el verdadero efecto se acerca al de la estimación del efecto.
- MODERADA: confianza moderada en la estimación del efecto, es probable que el efecto real esté cerca de la estimación del efecto, pero existe la posibilidad de que sea sustancialmente diferente.
- BAJA: confianza limitada en la estimación del efecto, el efecto real puede ser sustancialmente diferente de la estimación del efecto.
- MUY BAJA: poca confianza en la estimación del efecto. Es probable que el efecto real sea sustancialmente diferente de la estimación del efecto.

ETAPA 3. DIÁLOGO DELIBERATIVO

La realización del diálogo deliberativo consistió en tres fases⁴⁹:

Fase Pre-diálogo: Se identificaron los actores clave de todos los niveles de atención del sistema de salud municipal involucrados en la implementación del tamizaje de CCR. Se incluyeron miembros de los equipos de salud del AP2, del Hospital Municipal, de la Secretaría de Salud, Región Sanitaria y de otras Instituciones. Cada uno recibió una invitación formal a través del correo electrónico y un contacto posterior para reforzar la participación.

A cada una de las personas que aceptó participar, 15 días antes de la realización del encuentro se les compartió un reporte breve, en un formato amigable⁴³, con datos sobre la cobertura local de tamizaje, la descripción de las barreras y facilitadores del acceso y un resumen de evidencia empírica sobre estrategias efectivas para aumentar la adherencia a tamizaje de CCR.

Fase diálogo: Se realizó el 21/12/22 en las instalaciones de la Universidad Nacional del Sur. Antes del inicio del debate, se realizó una presentación oral de la evidencia. El diálogo deliberativo se organizó en dos grupos de debate, de 16 y 18 participantes, en los que se incluyeron miembros del equipo de salud de todos los niveles del sistema, de manera de garantizar la participación de un grupo diverso. La totalidad de los participantes dieron su consentimiento. Previo al inicio del debate, se presentaron las normas para un debate respetuoso y productivo. Se solicitó permiso para grabar el encuentro de manera de facilitar la transcripción y análisis posterior. La deliberación fue facilitada por dos profesionales con experiencia en la moderación de grupos de discusión y tres observadores por cada grupo y tuvo una duración de 40 minutos. Al finalizar, se presentó una primera síntesis de los acuerdos o ideas principales debatidas por los/as participantes.

Fase post-diálogo: Se desgrabaron y analizaron ambos debates. Se elaboró un reporte que fue remitido a cada uno de los/as participantes del encuentro.

ETAPA 4: CORRELACIÓN ENTRE LAS ESTRATEGIAS PROPUESTAS Y LAS BARRERAS LOCALES DE ACCESIBILIDAD

Se listaron las estrategias consensuadas en el diálogo deliberativo y se resumieron los principales aspectos propuestos en relación a cada una de ellas. Se realizó un análisis de la correspondencia entre las estrategias propuestas y las barreras del tamizaje relevadas en la etapa 1 asociadas a las dimensiones de accesibilidad. Se utilizó la operacionalización de la accesibilidad de salud propuesta por Garbus⁵⁰.

ASPECTOS ÉTICOS

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética y de Docencia e Investigación del Hospital Municipal de Bahía Blanca en normativa con las leyes provinciales y cuenta con la aprobación de la Secretaría de Salud. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado antes de su participación en el estudio, tanto en las entrevistas como en el diálogo deliberativo (ver anexo IV).

RESULTADOS

ETAPA 1. BARRERAS Y FACILITADORES DEL TAMIZAJE

Se realizaron un total de 41 entrevistas semiestructuradas a actores claves con funciones de implementadores del tamizaje, funcionarios o decisores (código en citas: I, F o D respectivamente) y un total de 16 entrevistas a usuarios y no usuarios. Solo dos profesionales de la salud y dos usuarios/no usuarios no aceptaron participar por razones desconocidas. En la tabla 3 se describe el perfil de los entrevistados pertenecientes a los servicios de salud.

Tabla 3. Perfil de entrevistados del Sistema de Salud

Genero	N
Masculino	11
Femenino	30
Formación	
Administrativo	3
Enfermero	6
Médico primer nivel atención	8
Médico segundo nivel de atención	5
Funcionario	10
Trabajador social/Asistente social	3
Nutricionista	1
Bioquímico/Técnico en bioquímica	3
Psicólogo	2
Nivel atención	
Primer nivel de atención	24
Segundo nivel de atención	10
Municipal (Secretaria de Salud)	6
Provincial	1
Rol	
Implementador	33
Decisor	5
Funcionario	3

Aspectos propios de la INTERVENCIÓN que inciden en su implementación

Complejidad y ventaja relativa

La mayoría de las personas entrevistadas señalaron al tamizaje como sencillo. Sin embargo, se refirieron a la práctica de SOMF, comparada con la VCC, señalando las ventajas sobre esta última y sin considerar el continuo de atención: “*es una técnica no dolorosa, no invasiva, no tiene ningún riesgo para el paciente*” (F-37).

La mayoría de los entrevistados observó una mayor adherencia de los pacientes a la SOMF en relación a la VCC. Sin embargo, en numerosas ocasiones señalaron que ambas técnicas presentan cierta resistencia para su realización por parte de los usuarios. En línea con esto, dos entrevistados comentaron:

- *“Esas 2 cosas (refiriéndose a SOMF y VCC) realmente no ayudan, les juro que no ayudan, porque cuando uno tiene que pedirle al paciente y dice la VCC, hay que explicarle como es el estudio, realmente ya hay un montón de barreras culturales también ahí” (I-10).*
- *“Cuando a la gente le piden SOMF dice: A no! que feo eso, no me lo quiero hacer y me da vergüenza traerte la materia fecal y todas esas cosas” (F-37).*

En varias ocasiones surgió la palabra “tabú” “miedo” y “vergüenza”: *“Es primordial la concientización y hablar del tema, es un tema que no se si es tabú o qué, pero todo lo relacionado al colon o cola no se habla” (I-10).*

Costos

Muy pocos entrevistados resaltaron un hecho clave que se relaciona con los costos asociados al continuo de atención de esta práctica. En línea a esto, un entrevistado comentó: *“Creo que colon me parece que los costos son mayores...si yo quiero hacer un cribado, una detección temprana de CCR tengo que tener todo el sistema armado. Un endoscopista no te va a alcanzar. Un servicio de cirugía que cada tanto no tiene cama para operar... y con un hospital de 4 horas tampoco te va a alcanzar. Entonces me parece que lo que tenes que cambiar es todo el sistema” (I-2).*

EL CONTEXTO EXTERNO y su influencia en el tamizaje

Incidentes críticos

Todas las personas entrevistadas señalaron el impacto negativo de la pandemia por COVID-19 en el control de enfermedades crónicas y lo resentido que quedó el sistema en el período post-pandemia. En referencia a las enfermedades oncológicas, manifestaron percepciones sobre un retraso en los diagnósticos debido a la dificultad de acceder a los turnos y controles. Una médica señaló al respecto: *“un paciente falleció de cáncer de*

colon, un paciente sin obra social (...) yo creo que la pandemia lo afectó. Murió por su cáncer de colon. Yo creo que a él la pandemia lo mató. Lo mató por el poco acceso al sistema y poca contención” (I-25). Otro médico del segundo nivel de atención comentó: “Pacientes que estaban pendientes de resecciones de un pólipo, y bueno cuando empezó la pandemia se cerró prácticamente el quirófano y esos pacientes evolucionaron e hicieron un cáncer” (I-30).

Políticas y leyes

La falta de una política formal fue referida por la totalidad de las personas entrevistadas. En relación a esto, un entrevistado con rol de decisor señaló: *“En el caso de CCR seguramente tenemos muy baja cobertura, seguramente hacemos diagnóstico y no rastreo, y tiene que ver con eso, no tenemos una política o una cuestión clara de detección en el primer nivel de atención” (D-33). En varias oportunidades los participantes refirieron la falta de políticas sanitarias a largo plazo, la política de atención basada en la enfermedad y la fragmentación del sistema de salud como posibles obstaculizadores del tamizaje: “Nuestro mayor problema es que no hacemos políticas reales de salud, de salud o donde sea, políticas a largo plazo, es decir independientemente del gobierno” (I-2).*

Condiciones locales

La fragmentación del sistema de la salud y la desvinculación que existe entre el primer nivel y segundo de atención fueron percibidos como factores que obstaculizan el tamizaje oportuno:

- *“vos pensá que el hospital se maneja por un lado, la Secretaría de Salud por el otro y los privados por otro” (D-28)*
- *“lo que pasa en el primer nivel de atención es una burbuja, y lo del segundo nivel es una burbuja, y generalmente es totalmente distinto a lo que nosotros vemos desde acá” (I-24)*

EL CONTEXTO INTERNO

Estructura de la organización

A nivel del recurso humano, el primer nivel de atención cuenta con médicos especialistas en clínica médica y en medicina general y familiar, trabajadores sociales y otros profesionales para poder realizar el tamizaje. La presencia de una promotora de salud fue destacado como un gran facilitador a la hora de la llegada de los centros de salud a la población.

Como señala un entrevistado, si bien la ciudad tiene una red de atención primaria consolidada, esta red no sería suficiente para poder lograr una buena cobertura municipal de tamizaje de CCR, sobre todo en lo que se refiere a los lugares de derivación: *“Yo creo que la fortaleza que tiene Bahía es tener un primer nivel de atención fuerte, con una red de atención bastante armada y eso sería un terreno fértil para hacerlo”* ... *“Creo también que lo que nos falta ahí, por lo menos en lo que es primer nivel, tener una red de acceso un poco más amplia a la práctica”* (D-33).

La totalidad de los entrevistados estuvieron de acuerdo con que el acceso a los turnos para la consulta de gastroenterología y/o acceso a la VCC es el principal obstaculizador del tamizaje. En este sentido, recientemente se creó la Unidad de Gestión del paciente, coordinado desde el hospital y la Secretaría de Salud, para auditar y priorizar a los pacientes que tienen que llegar a las especialidades del segundo nivel de atención.

Algunos entrevistados sostienen que estos pasos burocráticos entorpecen el circuito y que los mismos pacientes se quejan de las demoras: *“Pusieron a una persona específica para poder definir esto de las prioridades y la verdad que creo que es más una complicación que un beneficio”* (I-19). Un solo entrevistado resalta la agilización que resultó de la implementación de esta gestión de turnos: *“la Unidad de Gestión de Pacientes ha agilizado el tema de los turnos porque hay una unidad conformada que se encarga justamente de eso, de la referencia y la contra referencia y de facilitar el acceso entre niveles”* (I-23).

A pesar de que esta medida se tomó con el objetivo de gestionar eficientemente los turnos, los entrevistados consideraron escasa la cantidad de turnos otorgados al primer nivel de atención para poder acceder al único efector de segundo nivel municipal:

- *“Hablando hacia dentro, desde el momento en que el hospital te da trato al todo de un primer nivel como si fueras un paciente, ahí ya tenés el cuello de botella garantizado. Cómo puede ser la misma unidad de salud municipal y que yo tenga*

que pedirle permiso, tiene que haber un pool único de pacientes y como bien dice la teoría: la puerta de entrada tiene que ser el primer nivel de atención” (D-28).

- *“De 100 turnos que tiene un especialista de segundo nivel en el hospital, 16 son para el primer nivel de atención” (D-33).*

Desde el servicio de cirugía, se señala que los tiempos o demoras - específicamente para los casos de sospecha de CCR- son mínimos. Un entrevistado señaló que las demoras pueden deberse a la falta de anestesista, o a la falta de camas disponibles en terapia intensiva, requisito indispensable para realizar las operaciones de CCR: *“El tiempo de espera desde que se estadifico al paciente se lo diagnosticó hasta que recibe la cirugía en el caso de que la necesite puede ir entre una semana y media, dos semanas. La verdad que es muy rápido. A mí me sorprendió cuando llegué a Bahía Blanca. Me sorprendió la verdad” (I-29).*

En Oncología refirieron que los turnos parecen funcionar fluidamente, aunque sostienen que una agenda de turnos para 15 días puede resultar duro para el paciente: *“Independientemente del diagnóstico y de la gravedad, la angustia que lleva el tener este diagnóstico, bancarte más de 15 días es toda una tortura” (I-2).*

Comunicación y conexiones

La gran mayoría de los entrevistados señalan una falta de comunicación entre el primer y segundo nivel de atención.

- *“Queremos empezar a trabajar con las unidades sanitarias y nosotros (hospital) en protocolos de generación de redes y derivaciones oportunas y adecuadas; en todo hay barreras, en todo” (D-31).*

Se evidencia una falta de canales formales, así como también una falta de contrarreferencia clara desde el segundo nivel de atención. En este sentido, un entrevistado perteneciente al primer nivel señaló: *“Muchas veces nos enteramos de que se rompen aparatos o que faltan reactivos por los mismos pacientes, a nosotros nunca nos llega información de eso” (I-16).*

La falta de contrarreferencia fue percibida en ciertas ocasiones como una desestimación de la labor realizada en el primer nivel: *“Me ha pasado también de mandar pacientes a XXX porque no he sabido yo como abordar al paciente, que superó la atención primaria*

y corresponde que lo vea el segundo nivel, y me lo han devuelto diciendo bueno seguí así como está. Y el paciente vuelve con los mismos síntomas... como un menosprecio a la atención primaria” (I-25).

Hubo un acuerdo generalizado entre las personas entrevistadas, pertenecientes a todos los niveles de atención, respecto de la necesidad de recurrir a las redes informales para poder completar los circuitos de atención. Un entrevistado con rol de decisor declaró: *“hay que formalizar las cosas porque viste que el ámbito, sobre todo médico, es totalmente informal el sistema” (D-28).*

En muchas oportunidades se destacó que esto queda sujeto a la voluntad de los profesionales: *“Cuando ha habido una situación puntual a resolver; las redes, digamos, aunque son informales funcionan. Lo ideal sería que no dependa de ni de las voluntades, ni que sean informales, sino que estén sistematizadas” (I-23).*

Cultura organizacional, entre facilitadora y obstaculizadora del tamizaje

Varios entrevistados, tanto del primer nivel de atención como decisores, concuerdan que la presencia de los centros de salud en el territorio y la confianza que la gente deposita en los mismos actuarían como grandes facilitadores para el tamizaje de CCR: *“Piñeiro (centro de salud) tiene una presencia muy fuerte en la comunidad. Y cuando digo esto digo que la comunidad confía mucho en el equipo de salud ...la impronta que te da Piñeiro es de un gran compromiso con la comunidad” (I-13).*

El entusiasmo observado por los/as integrantes de los equipos de salud a la hora de una propuesta para aumentar el tamizaje de CCR fue casi compartida por la totalidad de las profesionales entrevistados/as: *“De hecho, como es una práctica de prevención y promoción, en general los profesionales para ese tipo de cuestiones, sobre todo médicos de familia son muy permeables a ese tipo de cuestiones, entonces eso sería un facilitador” (D-33).*

En varias ocasiones se resaltó la predisposición o compromiso de los profesionales de ambos niveles de atención en realizar trabajos extras.

- *“Cabe aclarar que muchas veces cuando nosotros consideramos que tiene prioridad, a veces levantamos teléfono, por más que estemos 20 o 40 minutos al teléfono hasta que nos atienda alguien del servicio, pero hablamos directamente*

o con gastroenterólogo, secretaria o lo que fuere. Y salteamos ese paso. No es lo que se debe pero hay veces que el paciente lo amerita” (I-19)

- *“si yo no lo agarro al paciente de la mano y lo llevo a gastroenterología y le digo quiero que hagas una VCC, por más que el paciente tenga proctorragia, tarda tres o cuatro meses en hacerse la VCC” (I-29).*

Por otro lado, la cultura hospitalocéntrica y la resistencia al registro son aspectos que actuarían como obstaculizadores a la hora de pensar en estrategias preventivas. En este sentido, un entrevistado comentó: *“la atención basada en la enfermedad y no en la salud. Y eso ahí también te pegas con lo que es el hospitalocentrismo (...) cuando te dan el 80% de presupuesto para un hospital y el 15 % para el primer nivel de atención... eso habla también. El screening se hace en el primer nivel, no se hace en el hospital, en el hospital se hace la cirugía de CCR” (D-1).*

En numerosas ocasiones se resaltó la falta de registro de la información: *“Estamos todo el tiempo tratando de apagar incendios y pensando en hacer, hacer, hacer y no se analizan los datos, entonces no tenemos información porque no se procesan los datos” (F-37).*

En particular, para tamizaje de CCR existe una plataforma nacional, denominada SITAM, donde se debe cargar la información. En la ciudad de Bahía Blanca, la carga en esta plataforma (al momento en que se realizó este estudio) es muy escasa. Un entrevistado comparó la situación local con la de otros municipios donde se registra en SITAM: *“En algunos municipios están como aceitados, nosotros estamos como... remando en dulce de leche” (F-37).*

La dificultad a la hora del registro de la información se asoció a una desvalorización de la tarea, a la incompatibilidad entre los sistemas informáticos, o a la creencia de que no es un trabajo que corresponda a los profesionales de la salud *“lo que siempre te dicen es que no tengo gente, esto es más por la misma plata, me llenan cada vez de más trabajo, no tengo secretaria, no es mi función registrar, bueno todas esas cosas ya sabidas y en realidad la función de todos es registrar” (F-37).*

Prioridad relativa

Los entrevistados perciben que el abordaje del CCR no parece ser una prioridad sanitaria para el sistema de salud local. El PNA se focaliza en aspectos preventivos dirigidos principalmente a mama y cuello de útero. Como señaló un entrevistado *“la política pública está enfocada tradicionalmente al niño y a la mujer, y los tamizajes siempre se orientan a alguna patología un poco más conocida y con mayor visibilidad, como el cáncer de cuello de útero y el de mama”* (I-21).

Acceso al conocimiento e información

La totalidad de las personas entrevistadas refirieron una ausencia de lineamientos claros para el abordaje del CCR y de un espacio formal de capacitación. Dos integrantes del primer nivel de atención afirmaron su desconocimiento de la estrategia de tamizaje: *“A mí nadie me dijo que tenía que hacer SOMF...”* (I-25); *“La verdad es que no conozco ni el procedimiento”*(I-21).

Los entrevistados comentaron que las capacitaciones en la temática parece depender del interés personal de los profesionales y en varias oportunidades se relacionó el ofrecimiento de dicha práctica como una cuestión moral: *“No debería haber bajada de línea, debería haber responsabilidad. Es cuestión de obligación moral hasta se podría decir”* (I-25).

Recursos

Hubo un acuerdo generalizado entre los entrevistados sobre la falta de recursos humanos en prácticamente todos los niveles de atención, puesta más en relieve durante la pandemia y posteriormente a ella.

La mayoría responsabilizaron a los sueldos bajos del sistema público, en comparación a lo que se paga en el privado. En algunas ocasiones, surgió su relación con la falta de compromiso por el trabajo y de no querer afrontar situaciones de estrés, sobre todo de las generaciones más jóvenes.

“el hospital tiene que competir con el ingreso de los profesionales de la parte privada, es decir si no lo igualan o mejora quien se va a quedar acá. Y hay una

realidad, que no es solamente para este hospital, es para la provincia, la nación y me animo a decir el mundo, la escasez de recurso humano” (I-2)

- *“Muchos dicen el tema dinero, yo que tengo unos cuantos años para mí no es poco lo que se paga, podemos cobrar mejor como todo, pero me parece que tiene que ver con la responsabilidad, con no quedar ‘atado a’” (D-26)*

La totalidad de las personas entrevistadas manifestaron que la barrera más importante es el acceso a la VCC: *“el sistema colapsado, si los mandas a hacer una colono, cuánto tarda? Hay gente que está esperando hace tres meses” (I-20).*

La falta de profesionales, el aumento en la demanda de este tipo de práctica, sumado a la escases de equipamiento por roturas y demoras en su reposición provocó una demanda contenida. Esto se traduce en que el sistema hoy solo pueda resolver los casos sintomáticos: *“Hoy el sistema no está preparado para ofrecer una colonoscopia a nadie” (I-21).*

Los entrevistados sostuvieron que para el PNA estarían los recursos disponibles como para poder aumentar el tamizaje:

- *“Mirá, el tamizaje de CCR, los recursos están, digamos se cumple con los requerimientos de lo que hace una estrategia de rastreo a nivel de salud pública, ¿por qué? Porque la SOMF no es algo costoso, entonces no es algo que presupuestariamente no lo podamos cubrir, entonces presupuestariamente sí lo cubrimos. Ahora, cuál es la principal dificultad que nosotros tenemos? es el tema de los estudios de confirmación o los estudios del segundo nivel de atención” (D-33)*

Algunos/as entrevistados/as pertenecientes a los servicios hospitalarios destacaron que podrían en cierta medida absorber un aumento discreto de pacientes: *“Si, nosotros trabajamos a demanda generalmente. Si vinieran esos 200 en SOMF, mientras tengamos stock de los reactivos. Porque a medida que se va implementando y vemos que hay más cantidad, el stock para pedir en el semestral se cambia. O sea que estamos preparados”(I-14).* Otro entrevistado comentó: *“Yo creo que un poco más podemos absorber, no todo el tamizaje de Bahía Blanca como te digo, pero nos vamos acomodando” (I-34).* Otros en cambio, se mostraron un poco más incrédulos a la hora de analizar la capacidad de aumentar el tamizaje, pensando en el continuo de atención, en

relación a si hay más diagnóstico de cáncer, comienza a formarse un cuello de botella en todos los servicios. En la Tabla 4 se describe la percepción de los profesionales de la salud sobre la existencia de recursos pensando en aumentar el tamizaje poblacional en el área de estudio.

Tabla 4. Percepciones de los actores claves sobre los recursos disponibles en el AP2.

	¿EXISTEN RECURSOS SUFICIENTES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL TAMIZAJE POBLACIONAL EN EL ÁREA PROGRAMÁTICA 2?		
	RECURSO HUMANO	INFRAESTRUCTURA	EQUIPAMIENTO / INSUMOS
Centros de salud	NO "a veces no tenemos muchos turnos porque hoy de planta tengo a una médica clínica nada más, después el resto, no tengo"	NO "nos hace falta más espacio. Uno de los motivos por los cuales la residencia atiende poco es porque no tiene consultorio".	NO "Los teléfonos son un drama. En Piñeiro no hay teléfono fijo ya de forma definida porque robaron tantas veces los cables que Telefónica dijo que no nos va a volver a poner".
Servicio de laboratorio	SI "en este momentos estamos bien con el recurso humano esta"	---	NO "En general es un reactivo que el hospital lo compra, eso no tenemos inconveniente. Pero el problema que tenemos ahora, no sé si por el aumento del dólar o por qué, los proveedores no te lo cotizan, o no tienen en stock, o no sé cuál es el problema"
Servicio de gastro	NO "tampoco hay anestesistas; nosotros hemos tenido problemas. Hay pacientes que les haces sedación y no los dormís, y por ahí tenía un pólipo, lo queremos sacar y se mueve, hemos pedido si por favor no podía venir un anestesista, y no vienen, entonces ese es un problema, hoy, estamos peor que hace unos años"	NO "nosotros tendríamos que tener un quirofanito para nosotros, para poder hacer todas las colonoscopias con anestesia, pero tampoco se hace"	NO "tenemos un colono solo, es más hace unos años teníamos dos, ahora hay uno solo. Podemos hacer a lo sumo 3/4 colonos por día, más las endoscopias altas, eso nos limita muchísimo los trabajos"
Servicio de cirugía	---	---	NO "Nosotros tratamos de hacer todos los CCR por vía laparoscópica y si no tenemos la torre de laparoscopia, porque hay un beneficio muy grande para operar a los paciente por vía laparoscópica que operarlos por vía convencional. Entonces para que el paciente no pierda ese beneficio por un tema de disponibilidad, esperamos porque sabemos que el cáncer tampoco avanza rápidamente en los pacientes"
Servicio de oncología	NO "necesitamos un oncólogo y un paliativista, porque tenemos muchos pacientes que requieren de cuidados paliativos"	NO "nosotros ahora tenemos 9 sillones para quimioterapia, se está construyendo un hospital de día como para que tengamos 20, en algún momento vamos creciendo"	NO "En cáncer de recto, ahí se nos puede complicar con el tema de la radioterapia, exige un tratamiento específico y la verdad es que tenemos retraso en los turnos" "El recurso lo provee, para los que no tienen cobertura social, provincia. Si está en el vademécum de provincia, la cual la mayoría de los medicamentos nuevos no está, entonces provincia tiene que dar una negativa y detrás de esa negativa hay que iniciar una gestión a nación, lo cual tiene una demora de 60-90 días, y ahí hay que ver si tenemos paciente"
Servicio de patología	NO "Estamos necesitando personal. Mucha demanda, dos patólogas para el HMALL. Con eso te digo cómo estamos trabajando"	---	SI "El tema insumos me los compran, tenemos mucho apoyo del Servicio de Oncología de Hematología. El hospital busca la manera de comprártelo"

Gestión de turnos	<p style="text-align: center;">NO</p> <p><i>“nosotros hoy tenemos trabajando dos personas, yo quiero tener más personas porque estas personas se meten en la historia clínica, a veces llaman a las personas”</i></p>	<p style="text-align: center;">NO</p> <p><i>“obviamente que espacio, no hay. Es más, yo no tengo un lugar para trabajar. Tengo que trabajar de mi casa y ahora estoy sentada en la mesa de uno de los directores, pero no tengo espacio para trabajar”</i></p>	<p style="text-align: center;">---</p>
--------------------------	--	---	--

INDIVIDUOS

Miembros de los equipos de salud responsables de ejecutar el tamizaje

Si bien la totalidad de los entrevistados refirió conocer sobre el CCR, se identificaron percepciones acerca de que muchos profesionales no tienen conocimiento sobre el impacto real de la enfermedad: *“tal vez no todos saben, no todos tuvieron experiencia o a veces a uno le parece que el CCR es uno en un millón, entonces por ahí uno no tiene un buen conocimiento”* (I-5). Algunos /as entrevistados/as manifestaron que los propios individuos del sistema no ven al CCR como un problema relevante. Por ejemplo, un profesional de la salud opinó: *“yo creo que en la medida en que esto se sintiera como como problema o se visualizara como problema, obviamente se laboraría”* (I-21).

Con respecto al tamizaje, se observó que varios entrevistados percibieron una falta de adherencia a las recomendaciones y una falta de conocimiento de los procedimientos, como por ejemplo que profesional debe indicar la práctica, pedir VCC en vez de SOMF, no tener en cuenta antecedentes de riesgo, o pedir SOMF en personas con sintomatología.

- *“¿el médico sabe que con esto tiene una pesquisa en un día y barata? La mayoría de los médicos por la experiencia que tengo yo personal, te van a una VCC, cuando sabes que con esto (en referencia a la SOMF) haces un screening que es maravilloso”*. (D-4)
- *“Me ha pasado que, por ejemplo, pacientes que le piden SOMF, pero el motivo de consulta es proctorragia, es sangrado. Entonces ahí te das cuenta de que no está la información bien dada, porque si un médico le pide SOMF a alguien que le dice “hice caca con sangre” estamos mal”* (I-34).

Varios profesionales de la salud remarcaron que la prevención en CCR y la demanda en la población queda circunscripto a lo que ocurre dentro de los consultorios del primer nivel de atención. Además, refirieron que es una práctica de la cual son responsables los médicos, no formando parte de la misma ningún otro miembro de los equipos de salud de los centros de salud: *“el primer nivel labura sin una demanda explícita de parte de la comunidad (...) hay que generar la demanda hay que despertar a la demanda y eso requiere de una actitud*

protagonista de parte del agente de salud. Esa persona que va a consultar es una oportunidad que tiene la médica y el médico para preguntar estas cuestiones, pero también podés dejarlas pasar. Porque adentro del consultorio están solos digamos” (I-13)

La mirada de los participantes con respecto al tamizaje en el AP2 resultó contradictoria, en función del nivel en donde trabaje el entrevistado Según lo referido por la mayoría de los integrantes de los centros de salud, en el AP2 se realiza tamizaje de CCR. Sin embargo, este tamizaje se realiza de manera oportunista, aprovechando la visita del paciente al centro de salud. Por otro lado, la mayoría de los entrevistados que trabajan en el segundo nivel de atención, que tienen un rol de decisores o son funcionarios, compartían la opinión acerca de la ausencia de tamizaje. Se transcriben en la Figura 3 algunas citas textuales que representan las diferentes percepciones sobre los profesionales de la salud sobre la pregunta si se realiza o no tamizaje en el área y ciudad.



Figura 3. Percepciones de los/as profesionales de la Salud sobre la realización de tamizaje para CCR en el AP2.

Destinatarios del tamizaje

La mayoría de los entrevistados del sistema de salud coincidieron en que algunos aspectos de la población, como la vulnerabilidad social, el déficit en el autocuidado de la salud y la ausencia de percepción del CCR como un problema de salud son factores claves que inciden en el acceso a la práctica: *“A ver, la población con la que trabajamos se preocupa de pensar qué come al otro día. Sí hay cuestiones sanitarias emergente y que es en lo que nosotros trabajamos, pero no hay una apropiación de la cuestión preventiva puntualmente en cáncer”*(I-21).

La totalidad de los profesionales comentaron que la población no tiene conocimiento sobre la problemática del CCR y/o desconoce los métodos de tamizaje. Unos pocos analizaron las causas de esta conducta y se señalaron cómo responsables de la misma, como declaró un médico del primer nivel de atención: *“No es algo que esté totalmente consciente la población, no sé bien cuál es la causa, seguramente tiene que ver con nosotros que no lo divulgamos de alguna manera”* (I-22). Según los profesionales de la salud, el temor de un diagnóstico de CCR surgió en reiteradas ocasiones como posible causa de esta falta de consultas: *“Insisto con esto porque no es algo menor esto que plantean ... preferí no consultar para que no me digan que tenía algo malo.* (I-10).

La percepción de los profesionales del sistema de salud entrevistados fue concordante con lo que refirieron los usuarios y no usuarios del sistema de salud, en relación a las características de la población usuaria del sistema de salud. Una gran proporción de usuarios y no usuarios refirieron no tener conocimiento sobre CCR, o que han escuchado algo, pero de una manera muy vaga, sin evidenciar un claro registro de que es prevenible. Tampoco refirieron saber que es un problema de alta prevalencia en la población: *“No sé mucho. He escuchado, creo que en la radio y en algún lado de algún conocido, pero no más que eso. Nada que ver a lo que es cáncer de mama o cáncer de útero que está por todos lados”* (U-16).

En la mayoría de los casos, los entrevistados refirieron no haberse hecho nunca una prueba de rastreo, ya sea por una falta de ofrecimiento, porque consideran que se sienten bien y que no es necesario o por miedo:

- *“No, nunca me lo realicé. Pero porque nunca me lo pidieron” (U-15).*
- *“ Porque por lo general estoy bien, no tengo ningún problema entonces por ahí. En la familia tampoco hay cáncer” (U-2)*
- *“No, no, ni me lo haría porque creo que es algo muy doloroso. Porque he escuchado cómo hacen esos estudios. Claro, entonces eso me da terror (en referencia a la VCC), me da terror. Porque te vuelvo a repetir, como gracias a Dios no tengo síntomas...” (U-9)*

Muy pocos usuarios refirieron haberse realizado alguna vez alguna de las pruebas. En ninguna ocasión estas pruebas se realizaron en un contexto de prevención:

- *¿y fue por qué le había pasado algo, o por prevención? “Tenía un virus en la verdura que comí según dice el médico” (U-6)*
- *“lo hicieron en ese momento porque yo tenía un problema intestinal debido al estrés y todo que tenía la situación mía y bueno fue lo que provocaba esto” (U-7).*

La mayoría de los usuarios estarían dispuestos a hacerse los estudios necesarios si el profesional médico se los recomendase. Sin embargo, algunos entrevistados respondieron que no se lo harían. Solo un entrevistado contestó que no se lo haría aunque el médico se lo recomendase y algunos respondieron que sólo en caso de que existiese una sospecha de enfermedad: *“En el caso de que haya posibilidad de que tenga algo malo obvio me quedaría tranquila. Pero para hacer un estudio normal no” (U-10).*

En la tabla 5 se resumen las barreras y facilitadores de cada dominio del CFIR asociadas a las diferentes dimensiones de accesibilidad.

Tabla 5. Barreras (B) y facilitadores (F) identificados a través del Marco consolidado para Investigación en Implementación asociados a las dimensiones de accesibilidad propuestas por Garbus.

	B/F	Dimensiones de accesibilidad			
Constructos CFIR		Técnica	Política	Económica	Simbólica
INTERVENCION					
- Complejidad	B				
- Resistencia	B				
- Ventaja relativa	F				
- Costos	B				
CONTEXTO EXTERNO					
- Incidentes críticos	B				
- Políticas y leyes	B				
- Condiciones locales	B				
CONTEXTO INTERNO					
- Estructura	B/F				
- Comunicaciones y conexiones	B				
- Cultura organizacional	B/F				
- Prioridad relativa	B				
- Acceso conocimiento e información	B				
- Recursos	B				
INDIVIDUOS					
- Equipos de salud y profesionales	B				
- Destinatarios	B				

ETAPA 2. REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA EVIDENCIA

Flujograma de selección de estudios

Se recuperaron 635 estudios, de los cuales 58 fueron considerados elegibles. Dieciséis registros fueron eliminados por estar duplicados o triplicados. De los 42 elegibles únicos, se excluyeron 6 por imposibilidad de recuperar el texto completo y 15 por no cumplir los criterios de inclusión (la mayoría, por tratarse de un tipo de estudio diferente - evaluaciones económicas, revisión de evaluaciones económicas de estrategias de screening de CCR y revisiones no sistemáticas, entre otros). Se incluyeron en total 21 RS, de las cuales sólo 10 alcanzaron el punto de corte de calidad del 60% a través de AMSTAR-II (Figura 4).

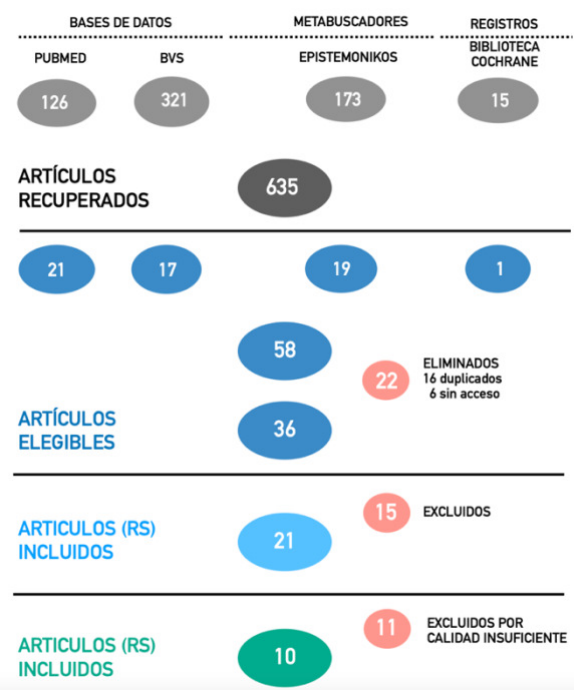


Figura 4. Flujograma de artículos seleccionados e incluidos en la RS.

Síntesis de los resultados principales de la revisión de revisiones

Se incluyeron 10 RS, de las cuales en nueve (9) se empleó meta-análisis. Todas las revisiones evaluaron estrategias dirigidas a pacientes, mientras que solo una incluyó estrategias dirigidas a profesionales.

El número de estudios incluidos en cada RS varía en un rango de entre 4 a 78, incluyendo ensayos clínicos randomizados, no randomizados y algunos con otro tipo de diseño metodológico (observacionales) (Tabla 6). Las estrategias incluidas en cada revisión se

clasificaron en tres categorías: *dirigidas hacia la población; dirigidas hacia los profesionales de la salud; otras*. La Tabla 7 resume los resultados de la certeza de evidencia para aquellas estrategias que cumplían los requisitos para aplicar la metodología GRADE.

Tabla 6. Descripción de las revisiones sistemáticas incluidas en la síntesis de resultados

Nombre	Primer autor	Año	Tipo de estudio	N estudios incluidos	Perspectiva
Evaluation of Interventions Intended to Increase Colorectal Cancer Screening Rates in the United States: A Systematic Review and Meta-analysis	Dougherty	2018	Con meta-análisis	78	Ambas perspectivas
Strategies for increasing participation in mail-out colorectal cancer screening programs: a systematic review and meta-analysis	Goodwin	2019	Con meta-análisis	30	Paciente
Ways to use interventions to increase participation in mail-out bowel cancer screening: a systematic review and meta-analysis	Myers	2019	Con meta-análisis	32	Paciente
Colorectal cancer screening using faecal occult blood tests for Indigenous adults: A systematic literature review of barriers, enablers and implemented strategies	D'Onise	2020	Sin meta-análisis	34	Paciente
Peer Support as an Ideal Solution for Racial/Ethnic Disparities in Colorectal Cancer Screening: Evidence from a Systematic Review and Meta-analysis	Hu	2020	Con meta-análisis	13	Paciente
Effectiveness of Colorectal Cancer Screening Promotion Using E-Media Decision Aids: A Systematic Review and Meta-Analysis	Ramli	2021	Con meta-análisis	9	Paciente
Mobile Health Interventions for Improving Colorectal Cancer Screening Rates: A Systematic Review and Meta-Analysis	Elepaño	2021	Con meta-análisis	4	Paciente
Social Media and mHealth Technology for Cancer Screening: Systematic Review and Meta-analysis	Ruco	2021	Con meta-análisis	39	Paciente
Addition of Financial Incentives to Mailed Outreach for Promoting Colorectal Cancer Screening	Antonio Facciorusso	2021	Con meta-análisis	8	Paciente
Motivational Interviewing to Improve the Uptake of Colorectal Cancer Screening: A Systematic Review and Meta-Analysis	Long	2022	Con meta-análisis	11	Paciente

A. ESTRATEGIAS DIRIGIDAS HACIA LA POBLACIÓN

EDUCACIÓN DEL PACIENTE

Se identificaron tres RS ^{47,51,52} con meta-análisis que evaluaron la efectividad de cinco estrategias educativas y una revisión con síntesis cualitativa de los resultados⁵³. Las estrategias identificadas fueron de diferente naturaleza: aquellas que solo brindan información, las de tipo interactivo para apoyo de la toma de decisiones por parte del paciente, entrevistas motivacionales y de información estratégica sobre el tipo de test con resultados de efectividad variados. La mayoría mostraron ser efectivas, a excepción de los programas interactivos para apoyar la toma de decisiones: OR=1,19; (IC 95%, 0,83–1,69)⁵¹. Un meta-análisis mostró un incremento en el tamizaje de CCR mediante educación al paciente (RR=1,20; IC 95% [1,06-1,36]) pero no especifica la modalidad empleada⁴⁷. Además, la combinación con otras estrategias (indistinta) incrementa la efectividad, en comparación con la atención habitual (RR=1,43; IC 95% [1,16-1,75])⁴⁷.

Otro meta-análisis mostró efectos estadísticamente significativos de estrategias educativas digitales: los participantes a quienes se les aplicó la estrategia tuvieron casi el doble de probabilidades de completar la prueba de tamizaje de CCR (OR=1,64; IC 95% [1,03-2,62])⁵¹.

La entrevista motivacional también mostró ser efectiva: aquellos que la recibieron tuvieron una probabilidad mayor de finalizar la prueba de tamizaje (RR=1,76; IC 95% [1,36-2,29])⁵². Otra revisión con síntesis cualitativa de sus resultados también concluye que este tipo de estrategia es eficaz comparada con los métodos tradicionales, al ayudar a los pacientes a resolver situaciones de ambivalencia y fortalecer su propia motivación intrínseca a realizarse el tamizaje⁴⁷.

Con relación a los materiales educativos preferido por los pacientes, una RS identificó una clara preferencia por parte de los pacientes a recibir material audiovisual y la publicidad en relación a los materiales impresos y recomienda evitar terminología médica para facilitar su comprensión por parte del usuario⁵³.

AUTO-TEST CON ENTREGA EN LUGARES ESPECÍFICOS

Dos revisiones sistemáticas con meta-análisis evaluaron la facilitación de lugares para la realización del test mostrando que la misma incrementa la adherencia al tamizaje, y que la edad y el género podrían ser moderadores de este efecto^{53,54}. D'Onise reporta un aumento general en la participación a la realización del test en los países donde se aplicó la estrategia del 2,88%; (IC 95% [0,30 % - 5,46 %])⁵³. Otra RS mostró que la estrategia era más efectiva en hombres (RR=1,03; IC95% [1,01-1,05]) que en mujeres (RR=1,00; IC 95% [0,98-1,02]) y en población más joven (RR=1,03; IC95% [1,01-1,05]) que en población mayor (RR=1,00; IC95% [0,98-1,02])⁵⁴.

USO DE RECORDATORIOS

Cinco RS, cuatro de ellas con meta-análisis, evaluaron el uso de mensajes de texto, llamadas y uso de correo para recordar a los pacientes la necesidad de realizar el test^{47,53,55-57}. Existe cierta heterogeneidad en el formato de la estrategia utilizada, pero la direccionalidad de los resultados es coincidente (a favor del incremento del tamizaje en los grupos que reciben los recordatorios), con variaciones en la magnitud del efecto.

Una RS donde se meta-analiza todo tipo de recordatorio para lograr incrementar el tamizaje mostró que estos se asociaron levemente con una mayor adherencia al tamizaje (RR=1,20; IC 95% [1,02-1,41])⁴⁷. En contraste, otra RS no demostró diferencias estadísticamente significativas: OR=1,10; IC 95% [0,95-1,27]⁵⁵.

Al continuar revisando la literatura, se vieron revisiones que evaluaron distintos tipos de alternativas para recordar la detección temprana de la enfermedad, como el envío de mensajes a través de mensaje de texto o mensajería instantánea, el uso de llamadas o el envío de una carta.

- Una RS mostró que el envío de los mensajes de texto como recordatorios incrementa la adherencia al tamizaje (OR=1,33; IC 95% [1,20-1,46])⁵⁶, en contraste con otras dos revisiones en las que no se demostró esta efectividad^{53,57}. En una de ellas, se observó que

la estrategia era efectiva sólo cuando el envío del mensaje lo hacía el médico de cabecera del paciente (RR=1,16; IC 95% [1,02–1,32])⁵⁷. Finalmente, los recordatorios mixtos de tipo envío por correo sumado a una llamada telefónica mostraron un RR=1,12; IC 95 % [1,00 - 1,26] para el tamizaje de CCR⁴⁷.

- El uso de llamada telefónica como estrategia aislada o combinada con el envío de un auto-test se asoció con un incremento de la adherencia al tamizaje (RR=1,23; IC95% [1,08–1,40])⁵⁷⁻⁵⁵.
- Una única RS evaluó el uso de mensajes por *WhatsApp*, concluyendo que es efectivo para lograr que los pacientes completen el test⁵⁵.
- Envío de carta. Una RS mostró que la carta firmada por el médico de cabecera incrementó el tamizaje de CCR (RR=1,19; IC95% [1,10-1,95])⁵⁷. El meta-análisis de la revisión mostró que el efecto del uso de material impreso como folletería con idioma fácil de leer y accesible no mostró un incremento estadísticamente significativo del tamizaje de la enfermedad (RR=0,99; IC 95% [0,97-1,01])⁵⁷.

USO DE INCENTIVOS

Tres revisiones con meta-análisis evaluaron el uso de incentivos económicos con el fin de incrementar la detección temprana de CCR^{47,54,58}. La evidencia al respecto es controversial.

Una RS incluyó un estudio clínico randomizado que no encontró diferencias estadísticamente significativas al utilizar incentivos a los pacientes. El porcentaje de finalización del test había sido del 36,9% en quienes recibieron incentivos de cinco dólares vs 36,2% sin incentivo (P=0,60)⁵⁴.

En contraste, otra RS con meta-análisis mostró que los incentivos económicos eran efectivos: para incrementar el rastreo de la enfermedad (OR=1.25; IC 95% [1,05-1,49]). No se encontró correlación entre el tamaño del incentivo y la adherencia a la práctica⁵⁸.

La RS de Dougherty mostró un ligero aumento en la finalización del examen con 5 dólares de incentivo con un RR=1,09; IC 95% [1,01-1,18]⁴⁷.

B. ESTRATEGIAS DIRIGIDAS A PROFESIONALES

Sólo una RS indagó en la temática incluyendo 18 estudios. Al combinar los resultados, se encontró que los recordatorios y educación hacia los profesionales de la salud incrementaron el tamizaje de la enfermedad en un 13%; IC95% [8%-19%] y 10%; IC95% [3%-17%]⁴⁷ respectivamente.

C. OTRAS ESTRATEGIAS

Incluyen un conjunto de estrategias, la mayoría de las cuales mostraron ser efectivas.

INTERVENCIONES DIGITALES

Una RS mostró que los grupos que recibieron intervenciones digitales (de cualquier tipo y dirigidas principalmente a usuarios) presentaron un OR=1,35; IC95% [1,12-1,63] para finalizar los estudios de tamizaje. Cuando se eliminan los estudios con alto riesgo de sesgo del meta-análisis, el OR se mantiene similar⁵⁵.

ESTRATEGIAS PARA INCREMENTAR EL ALCANCE DEL TEST

Tres RS con meta-análisis evaluaron dos estrategias (envío del test por correo y test simplificado) para incrementar el alcance del test a la población y así realizar una detección temprana de CCR^{47,54,57}.

En la RS de Dougherty y col., el meta-análisis de los estudios con bajo riesgo de sesgo que evaluaron el envío de set por correo mostraron que esta estrategia incrementa el tamizaje, con un efecto global de RR=2,26; IC 95% [1,81-2,81]⁴⁷. Myers por su lado, demostró con su

meta-análisis que el envío de una carta 2 semanas antes del envío del kit de SOMF presentó un RR=1,13; IC 95% [1,10-1,16] para varones, y en caso de mujeres un RR=1,07; IC 95% [1,05 - 1,10]⁵⁴ para la realización de la prueba.

Con respecto a la simplificación del test, no limitando la dieta los días previos a su realización, Goodwin mostró que esta estrategia es efectiva para aumentar el tamizaje (RR=1,17; IC 95% [1,08 - 1,26])⁵⁷. Por su parte, Myers compara el efecto en hombres (RR=1,31; IC 95% [1,16 - 1,48]) y mujeres (RR=1,21; IC 95% [1,09 - 1,35]) observando los mismos resultados⁵⁴.

INCORPORACIÓN DE NAVEGADORES

Dos revisiones consideraron a la navegación en salud como estrategia para incrementar el tamizaje de CCR^{47,53}. Las estrategias utilizadas fueron tanto la navegación en salud como única forma de intervención, como también su combinación con otra estrategia.

Según Dougherty, la navegación tuvo una asociación consistente con un aumento del tamizaje de CCR comparado con la atención habitual (RR=2,01; IC 95% [1,64-2,46])⁴⁷. El efecto de la navegación combinada con otra estrategia es mayor que cuando se utiliza aisladamente (RR=2,33; IC 95% [1,79-3,04]). Además, la entrega de los tests al navegador para su distribución a la población se asoció con una mayor detección de CCR que aquellos que no recibieron los test⁴⁷. Finalmente, se analizó la entrega del test SOMF sumado al uso de navegadores comparado únicamente con la entrega del test, observándose un incremento en el tamizaje de CCR con las estrategias combinadas (RR=1,14; IC 95% [1,07-1,23])⁴⁷.

Otro estudio evaluó el uso de navegadores de pacientes de comunidades originarias. Esta estrategia fue considerada en un único estudio con alto riesgo de sesgo. Se encontró un aumento en la proporción de personas que adoptaron el test de SOMF del 12,8% al 20,7%⁵³.

APOYO ENTRE PARES

Una única revisión consideró al apoyo entre pares para incrementar las tasas de detección de la enfermedad. La estrategia consistió tanto en educación brindada por pares como también consejería⁵⁹. El meta-análisis de dos estudios provisto por la RS mostró que el apoyo entre pares, fue efectivo para incrementar el tamizaje (RR=1,17; IC95% [1,07-1,27]). Esta efectividad se observó cuando se comparó con brindar material impreso (RR=1,12; IC95% [1,05–1,18]) y también cuando se comparó con la atención habitual (RR=1,26; IC95% [1,09–1,46])⁵⁹.

ESTRATEGIAS SEGÚN CONTEXTO LOCAL

Los servicios de detección móviles, la prestación de los servicios de forma gratuita y transporte y cuidado de niños, ayudarían a algunas personas a participar tanto en las pruebas de rastreo como colonoscopias⁵³.

Tabla 7. Certeza de evidencia de evidencia destinada a aumentar el tamizaje de CCR. Metodología GRADE.

Revisión	Efectos absolutos anticipados (95% CI)		Efecto relativo (95% CI)	Nº de participantes (estudios)	Certeza	Observaciones
	Riesgo sin intervención	Riesgo con intervención				
Educación del paciente						
Ramli 2021	292 por 1000	404 por 1000 (299 a 520)	OR 1.64 (1.03 a 2.62)	9145 (9 ECA)	⊕⊕○○ Baja ^{a,b}	La educación al paciente podría aumentar el tamizaje.
Dougherty 2018	264 por 1000	316 por 1000 (279 a 359)	RR 1.20 (1.06 a 1.36)	34357 (13 ECA)	⊕⊕⊕○ Moderado ^d	La educación al paciente probablemente aumente el tamizaje.
Educación del paciente + alguna intervención extra						
Dougherty 2018	171 por 1000	244 por 1000 (198 a 299)	RR 1.43 (1.16 a 1.75)	7322 (4 ECA)	⊕⊕⊕○ Moderado ^e	La educación al paciente junto con otra estrategia probablemente aumenta el tamizaje.
Programas interactivos para la toma de decisiones						
Ramli 2021	555 por 1000	598 por 1000 (509 a 678)	OR 1.19 (0.83 a 1.69)	772 (2 ECA)	⊕⊕○○ Baja ^{e,f}	Los programas interactivos para la toma de decisiones podrían producir poca o ninguna diferencia en el tamizaje.
Educación del paciente por medios electrónicos						
Ruco 2021	212 por 1000	286 por 1000 (237 a 345)	RR 1.35 (1.12 a 1.63)	65071 (18 ECA)	⊕⊕○○ Baja ^{b,c}	La educación al paciente por medios electrónicos podría aumentar el tamizaje.

^aEl intervalo es demasiado amplio. ^bEl *funnel plot* para evaluación del riesgo de sesgo de publicación muestra asimetría. ^cSe evidencian inconsistencias entre los resultados del *forest plot*. ^dEn el *forest plot* se pueden visualizar que existen varios estudios a favor de la intervención y varios que no hallaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos. ^eDebido a la cantidad de estudios incluidos no es posible analizar el riesgo de sesgo de publicación. ^fEl meta-análisis arroja un intervalo amplio y sin diferencias estadísticamente significativas

Entrevista motivacional

Long 2022	120 por 1000	212 por 1000 (164 a 276)	RR 1.76 (1.36 a 2.29)	68206 (9 ECA)	⊕⊕○○ Baja ^{a,b}	La entrevista motivacional podría aumentar el tamizaje.
-----------	--------------	-----------------------------	--------------------------	------------------	-----------------------------	---

^aConsiderando el total de participantes en el meta-análisis, el intervalo de confianza no es preciso. ^bLos autores describen que puede existir sesgo de publicación

Lugares específicos para dejar el test

Myers 2019	-	-	RR 1.00 (0.98 a 1.02)	67.682 (1 ECNA)	⊕○○○ Muy baja ^{a,b}	Para sexo femenino, la evidencia es muy incierta sobre el efecto de lugares específicos para dejar el test para el tamizaje.
Myers 2019	-	-	RR 1.03 (1.01 a 1.05)	56.723 (1 ECNA)	⊕○○○ Muy baja ^{a,b}	Para sexo masculino, la evidencia es muy incierta sobre el efecto de lugares específicos para dejar el test para el tamizaje.

^aECNA incluido que evalúa este aspecto posee un moderado riesgo de sesgo. ^bEl meta-análisis solo contempla un estudio. Puede haber sesgo de publicación

Uso de recordatorios

Dougherty 2018	270 por 1000	325 por 1000 (276 a 381)	RR 1.20 (1.02 a 1.41)	27986 (8 ECA)	⊕⊕⊕○ Moderado ^a	El uso de recordatorios probablemente aumenta el tamizaje.
Ruco 2021	199 por 1000	215 por 1000 (191 a 240)	OR 1.10 (0.95 a 1.27)	60661 (13 ECA)	⊕⊕○○ Baja ^{b,c}	El uso de recordatorios podría producir poca o ninguna diferencia en el tamizaje.

^aLos autores detallan un posible sesgo de publicación por la forma adoptada por el funnel plot Harbord $P = 0.08$. ^bSe observa en el forest plot estudios a favor de la intervención, en contra de la intervención y estudios que no presentan diferencias estadísticamente significativas. ^cSe observa asimetría en el funnel plot correspondiente.

Uso de recordatorios mixtos (llamada + correo)

Dougherty 2018.	512 por 1000	574 por 1000 (512 a 645)	RR 1.12 (1.00 a 1.26)	3092 (3 ECA)	⊕⊕○○ Baja ^{a,b}	El uso de recordatorios mixtos podría aumentar ligeramente el tamizaje.
-----------------	--------------	-----------------------------	--------------------------	-----------------	-----------------------------	---

^aUno de los tres estudios, posee alto riesgo de sesgo. ^bDebido a la baja cantidad de estudios, no es posible analizar si existe sesgo de publicación.

Mensajes de texto

Elepaño 2002	-	-	OR 1.33 (1.20 a 1.46)	---- (4 ECA)	⊕⊕⊕○ Moderado ^a	El uso de mensajes de texto probablemente aumenta el tamizaje.
--------------	---	---	--------------------------	-----------------	-------------------------------	--

^aLos autores de la revisión no tuvieron en cuenta el sesgo de publicación. El forest-plot no detalla total de participantes de los grupos control y experimentales.

Llamadas telefónicas

Goodwin 2019	266 por 1000	327 por 1000 (288 a 373)	RR 1.23 (1.08 a 1.40)	6221 (5 ECA)	⊕⊕⊕○ Moderado ^a	El uso de llamadas telefónicas probablemente aumenta el tamizaje.
--------------	--------------	-----------------------------	--------------------------	-----------------	-------------------------------	---

Test simplificado

Goodwin 2019	586 por 1,000	686 por 1000 (633 a 739)	RR 1.17 (1.08 a 1.26)	1309170 (15 ECA)	⊕⊕⊕○ Moderado ^a	El uso de test simplificado probablemente aumenta el tamizaje.
--------------	---------------	-----------------------------	--------------------------	---------------------	-------------------------------	--

Envío del set por correo luego del envío de una carta

Dougherty. 2018	426 por 1000	962 por 1000 (771 a 1000)	RR 2.26 (1.81 a 2.81)	45836 (17 ECA)	⊕⊕⊕○ Moderado ^b	El uso de test simplificado luego del envío de una carta probablemente aumenta el tamizaje.
-----------------	--------------	------------------------------	--------------------------	-------------------	-------------------------------	---

^aNo se presenta un funnel plot o gráfico de Egger para evaluar la presencia o no de asimetría. ^bEl funnel plot de la revisión presenta asimetría, $p=0,012$.

Apoyo entre pares vs. atención habitual

Hu 2021	597 por 1000	753 por 1000 (651 a 872)	RR 1.26 (1.09 a 1.46)	4720 (10 ECA)	⊕⊕○○ Baja ^{a,b}	El apoyo entre pares podría aumentar el tamizaje.
---------	--------------	-----------------------------	--------------------------	------------------	-----------------------------	---

^aLa revisión plantea que hay un moderado riesgo de sesgo entre los estudios. ^bEl funnel plot de la revisión presenta asimetría, $p=0,012$.

Uso de navegadores/as en salud vs. atención habitual

Dougherty 2018	209 por 1000	419 por 1000 (342 a 513)	RR 2.01 (1.64 a 2.46)	19167 (18 ECA)	⊕⊕⊕⊕ Alta	El uso de navegadores en salud aumenta el tamizaje.
----------------	--------------	-----------------------------	--------------------------	-------------------	--------------	---

Uso de navegadores/as en salud + envío de SOMF vs sólo envío de SOMF

Dougherty 2018	525 por 1000	598 por 1000 (561 a 645)	RR 1.14 (1.07 a 1.23)	4449 (5 ECA)	⊕⊕⊕○ Moderado ^a	El envío de test de sangre oculta en materia fecal junto al uso de navegadores en salud probablemente aumenta el tamizaje.
----------------	--------------	-----------------------------	--------------------------	-----------------	-------------------------------	--

^aSegún el autor, la cantidad de estudios incluidos no permiten un análisis de riesgo de sesgo de publicación

ECA: ensayo clínico aleatorizado, ECNO: ensayo clínico no aleatorizado

ETAPA3. ENFOQUE PARTICIPATIVO: DIALOGO DELIBERATIVO

El perfil de los participantes en la jornada de diálogo deliberativo se detalla en la Tabla 8. A continuación, se enuncian las estrategias y acciones de mejora a corto y mediano plazo que surgieron a partir del DD entre los equipos del AP2, del hospital y las autoridades y funcionarios de la Secretaría de Salud.

Tabla 8. Perfil de los/as participantes del DD

<i>Genero</i>	N
Masculino	9
Femenino	25
<i>Rol</i>	
Investigadores	2
Investigadores alumnos	6
Enfermero	1
Médico	11
Asistente social	2
Coordinador Centros de salud	2
Epidemiología	6
Funcionario	2
RRHH	2
<i>Lugar de trabajo</i>	
PNA	14
SNA	6
Municipal (Secretaria de Salud)	6
Otro	8

1. ACCIONES A NIVEL DE LA DEMANDA



EDUCACIÓN A LA COMUNIDAD. Dirigidas a incrementar la visibilidad del tamizaje de CCR y crear conciencia sobre la importancia del autocuidado y la realización de controles de salud en general y sobre tamizaje de CCR en particular.

Las acciones educativas se plantearon a dos niveles:

- Poblacional, a través de campañas en territorio y medios de comunicación masiva.
- Individual, a través de la consejería por parte de los equipos de salud (con foco en la adherencia de los pacientes a los controles) y a través del uso de recordatorios (por ejemplo, a través de mensajes de texto).

En relación a estas actividades se destacó la importancia de emplear un abordaje interdisciplinar, que involucre a expertos en ciencias de la comunicación, entre otros, para el diseño de los contenidos de los mensajes y formatos comunicacionales, así como la necesidad de focalizar en los segmentos poblacionales que presentan una menor adherencia a los controles, por ejemplo, los hombres adultos.

2. ACCIONES A NIVEL DE LA OFERTA DE SERVICIOS



ACCIONES RELACIONADAS CON LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN. Dirigidas a fortalecer la calidad del dato que se registra, así como la información que se genera tanto en el AP2 como en las áreas de epidemiología del hospital y la secretaría de salud. Entre estas acciones, se propuso:

- **Revisar los circuitos de registro y modalidad de carga de la SOMF.** Existe una percepción por parte de los integrantes del área sobre la existencia de un subregistro de SOMF (las estimaciones se realizaron sobre la base de las SOMF realizadas en el laboratorio, pero no las indicadas dado que se carece de una codificación específica).
- **Revisar la codificación en conjunto con los responsables de Epidemiología del hospital y la Secretaría de Salud:** evaluar la posibilidad de introducir un código específico para tamizaje de CCR en el sistema informático de salud local.
- **Integrar las bases de datos** de la secretaría y el hospital, de manera de contar con un único sistema de información.
- Analizar la **interoperabilidad** entre los sistemas de información, entre estos, el SITAM propuesto por el Instituto Nacional del Cáncer – revisar potencial utilidad y factibilidad de uso.
- Realizar **actividades de capacitación** con todos los actores involucrados en el registro y generación de información sobre tamizaje de CCR (desde pesquisa hasta seguimiento de casos diagnosticados).
- Diseñar e **implementar indicadores de adherencia al tamizaje** (desde pesquisa hasta seguimiento de casos diagnosticados).



ACCIONES DIRIGIDAS A LOS EQUIPOS DE SALUD PARA INCREMENTAR EL ACCESO AL TAMIZAJE

- Realizar **actividades de capacitación** con todos los actores involucrados en la realización del tamizaje de CCR: prácticas recomendadas en cada instancia del proceso, desde pesquisa hasta seguimiento de casos diagnosticados.
- Incrementar las oportunidades para la realización de la pesquisa por SOMF en el primer nivel de atención, **asociando el rastreo de CCR a otras prácticas de rastreo** (por ejemplo, en el caso de las mujeres, con el control anual ginecológico).
- Uso de **recordatorios** a las prácticas recomendadas (por ejemplo, en la Historia Clínica Digital).
- Capacitar e **integrar a otros miembros del equipo de salud del primer nivel**, como enfermería y personal administrativo, en la implementación del tamizaje de CCR.
- Implementación de un sistema de **incentivos económicos y no económicos** sustentando en la calidad de la atención, más que en la cantidad.



ACCIONES A NIVEL ORGANIZACIONAL

Sobre el sistema de turnos y acceso a estudios en el segundo nivel de atención

- Simplificar el acceso al turno por parte de la población y evitar los tiempos perdidos.
- Diseñar un sistema de priorización de turnos para los estudios del segundo nivel, teniendo en cuenta la limitación actual de recursos disponibles.
- Diseñar un sistema de turnos protegidos para casos prioritarios que requieran evaluación en el segundo nivel.
- Dada la baja disponibilidad de turnos en el segundo nivel, se planteó la posibilidad de evaluar los potenciales costos y beneficios de tercerizar la VCC en prestadores privados.

Sobre la logística

- Revisar el circuito para la realización de SOMF. Se planteó la posibilidad de que el Laboratorio del hospital entregue el kit a los centros del primer nivel. Esto requeriría el acuerdo previo entre las autoridades y la capacitación al personal, para que pueda instruir al paciente en la entrega y la toma de muestra.

- Solicitar el turno al laboratorio a través de la Historia Clínica Digital.
- Evaluar la factibilidad de implementar la función de navegación: sistema de apoyo a los pacientes para que puedan ir desde el primer nivel de atención a niveles de mayor complejidad.

Sobre las comunicaciones

- Revisar los circuitos de referencia y contrarreferencia locales, como punto de partida para el fortalecimiento del trabajo en red entre el primer y segundo nivel de atención.
- Promover encuentros y/o canales de comunicación entre la residencia y las áreas de Epidemiología del hospital y de la Secretaría de Salud.

ETAPA 4. CORRESPONDENCIA ENTRE LAS ESTRATEGIAS PROPUESTAS Y LAS BARRERAS LOCALES SEGÚN DIMENSIONES DE ACCESIBILIDAD

Se correlacionaron las estrategias consensuadas durante el diálogo deliberativo con las diferentes barreras descritas por los entrevistados. La Figura 7 sintetiza las diferentes barreras encontradas en este trabajo asociadas a las diferentes dimensiones de la accesibilidad según lo propuesto por Garbus (2012). Asimismo, se resaltan las posibles estrategias consensuadas durante el enfoque participativo posibles de ser implementadas en el AP2. Con tilde verde se destacan aquellas que cuentan con la evidencia científica de efectividad.

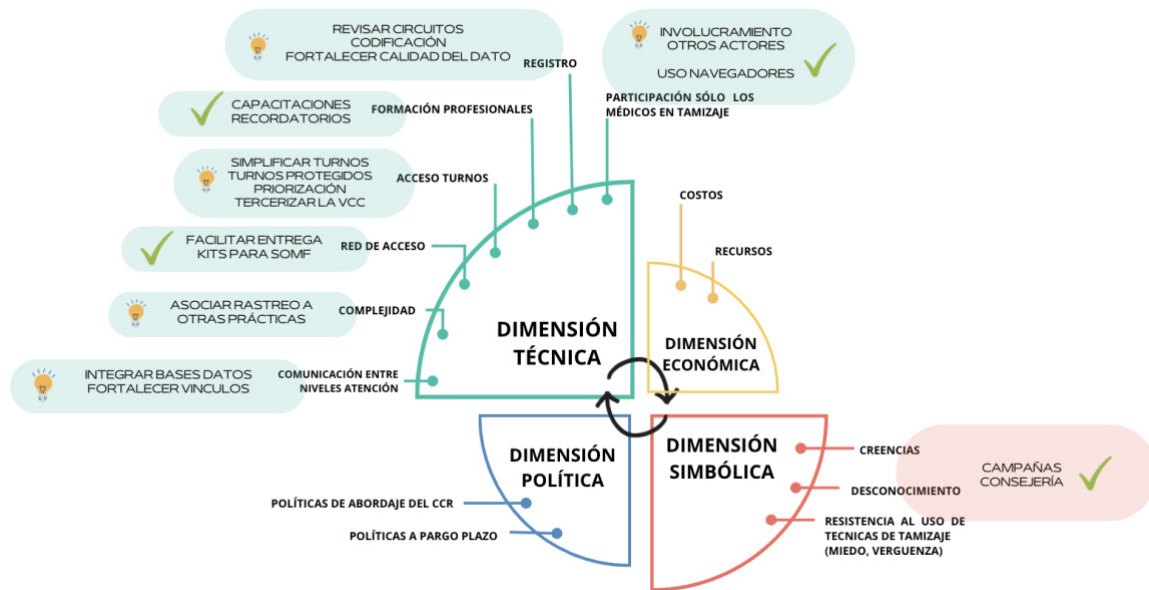


Figura 7. Barreras al tamizaje de CCR relacionadas con las diferentes dimensiones de la accesibilidad en salud para el AP2. en los globos se detallan las diferentes estrategias consensuadas durante el diálogo deliberativo para mejorar el tamizaje. Los tildes representan aquellas que cuentan con evidencia científica de efectividad.

DISCUSIÓN

El tamizaje de CCR es una intervención costo-efectiva, con un fuerte impacto en la disminución de la mortalidad específica por esta enfermedad. Sin embargo su implementación por los sistemas de salud es compleja y sub-óptima debido a la presencia de múltiples barreras, presente no solo en los sistemas de salud, sino también en la población destinataria. Esta brecha podría ser en parte explicada por dificultades en el diseño de las estrategias utilizadas para la implementación de estos programas.

Con demasiada frecuencia, estas estrategias para la implementación de intervenciones se diseñan de manera no sistemática y no abordan los determinantes contextuales clave de los contextos en los que se despliegan^{34,60-63}. Martin Eccles, Profesor Emérito de Efectividad Clínica de la Universidad de Newcastle (Reino Unido), sostiene que un principio frecuentemente utilizado en el diseño de intervenciones, es el principio 'ISLAGIATT' 'Parecía Una Buena Idea En Ese Momento' (por sus siglas en inglés). Este principio encapsula un enfoque en el cual la estrategia de intervención se establece antes de llevar a cabo una evaluación exhaustiva, que incluya todos los tipos de evidencia disponible. En su lugar, la experiencia personal, una teoría preferida o un análisis superficial pueden ser utilizados como punto de partida para el diseño de una estrategia, comprometiendo su potencial para lograr el efecto deseado⁶⁴. La utilización de enfoques racionales y sistemáticos para la selección de estrategias, que contemplen la evidencia empírica, la identificaciones de barreras y la participación de los actores claves tienen el potencial de hacer que su diseño y adaptación sea más rigurosos, factibles y alineados al entorno⁶⁵⁻⁶⁷.

En este sentido, este trabajo de tesis buscó profundizar sobre la medida en la que el uso de un enfoque participativo, basado en el involucramiento de actores clave y la deliberación informada en la evidencia permite el diseño de estrategias de implementación focalizadas a las dimensiones de la accesibilidad al tamizaje de CCR. Para esto se relevaron las B&F del tamizaje y se asociaron a cada una de las dimensiones de la accesibilidad en salud. Se considero una dimensión económica, referente a la relación entre oferta y demanda y costos; una visión técnica, relativa a la planificación de la organización de la red de servicios; una visión política, relativa al desarrollo de una conciencia sanitaria y de organización; y una

dimensión simbólica, relativa a las representaciones sociales acerca del CCR y su prevención, según lo descrito por Garbus⁵⁰. Además, se realizó una revisión sistemática sobre estrategias efectivas que mejoran la cobertura de rastreo. Esta información, junto a la descripción de los marcos teóricos utilizados durante el trabajo se utilizó para informar a los participantes del diálogo deliberativo.

Casi la totalidad de las estrategias consensuadas apuntan a barreras comprendidas dentro de la **dimensiones técnicas de accesibilidad**. La complejidad propia del algoritmo de detección (que técnicamente requiere la articulación de diferentes niveles de atención, la participación de numerosos servicios y la repetición a intervalos regulares^{11,68} lo hace técnicamente vulnerable, por lo que es esperable, como se observa en este estudio, que muchas de las barreras percibidas se asocien a esta dimensión.

Una limitación constante, sobre todo en economías emergentes refiere a la disponibilidad de VCC⁶⁹ y fue ésta un barrera referida por la totalidad de los entrevistados de nuestro estudio. Un estado de situación realizado en 2011 en el país informa que el número de colonoscopios era en ese momento insuficiente para desarrollar un programa preventivo y estructurado⁷⁰. Trabajar sobre esta limitante tiene un fuerte impacto en el aumento de la cobertura de tamizaje. Este es el caso de una experiencia piloto realizada en el país, donde se logró una alta cobertura (45%), gracias al compromiso, según los autores, de las autoridades provinciales y nacionales para resolver la limitación de VCC⁷¹. Sin embargo, se desconoce si estos resultados pudieron sostenerse en el tiempo.

Las brechas de conocimiento entre los miembros del equipo del primer nivel de atención, así como la baja adherencia y mal uso de las prácticas fueron barreras relevadas en este trabajo, como así también referenciadas en otros estudios^{72,73}. Una limitación importante descripta a nivel regional refiere al acceso de estudios endoscópicos de calidad, debido a las inequidades geográficas y la falta de cobertura de salud⁶⁹. Sin embargo, en nuestro trabajo no hubo referencias en este aspecto, considerando entonces que la calidad de los estudios podría ser un facilitador del tamizaje local.

El resto de las estrategias consensuadas apuntan a la **dimensión simbólica**. El desconocimiento, el miedo a un diagnóstico, la poca valoración de la enfermedad como un

problema de salud, la vergüenza, el déficit en el autocuidado de la salud, y la cultura hospitalocéntrica son barreras encontradas para las cuales las campañas educativas y consejería pueden resultar útiles. Un trabajo en Santa Fe, identifica que el desconocimiento, la desinformación y la falta de indicación médica son barreras a la adherencia a la práctica⁷⁴. Otro estudio dentro de un contexto con recursos, reportó que el 38% declaraba miedo y un 30% sentía vergüenza relacionada con los procedimientos⁷⁵. Un trabajo local pone en evidencia la trama de prejuicios e inhibiciones que atraviesa esta enfermedad señalando que las cuestiones relativas al ano constituyen un importante obstáculo emocional, moral, simbólico y cultural para promover la prevención y detección temprana⁷⁶. En nuestro trabajo, se observa una predisposición por parte de las personas a aceptar la realización de estas técnicas (aun cuando son percibidas como desagradables o dolorosas) en caso de ser indicadas por un profesional de la salud, priorizando los beneficios y subestimando las implicancias negativas.

Por otro lado, la percepción de los profesionales de la salud, sobre el déficit en el autocuidado de la salud, y la cultura hospitalocéntrica concuerda con expresiones realizadas por los mismos usuarios y no usuarios sobre su percepción de que son sanos y no necesitan tamizaje. En este sentido, los servicios de salud, son utilizados principalmente para fines curativos. Un trabajo local señala que esta acción preventiva en CCR puede llegar a resultar extraña⁷⁶. Según los entrevistados, ir al médico cuando no pasa nada es entendido como malgastar el tiempo y los recursos de los profesionales y las instituciones, perjudicando a otras personas que realmente necesitan la asistencia⁷⁶. Algunas personas ponen otras prioridades y preocupaciones antes que las prácticas preventivas. Esto ha sido especialmente cierto durante la pandemia de COVID-19, en la que los pacientes evitaban las oportunidades de detección por temor a estar expuestos al virus mientras visitaban un centro de atención médica⁷⁷.

Con respecto a la dimensión **político-económica**, parece haber una falta de percepción sobre los costos y la complejidad innata del tamizaje, cuando se tiene en cuenta el continuo de atención, desde la evaluación del diagnóstico luego de una SOMF positiva, el tratamiento de las lesiones detectadas, la vigilancia de resultados anormales o para aquellos con resultados normales, la repetición del tamizaje a intervalos adecuados. La ausencia de políticas formales, la segmentación y heterogeneidad en la eficiencia y la calidad de servicios,

observada no solo localmente sino a nivel nacional⁷⁸, la falta de recursos, y la escasa coordinación y diálogo entre el primer y segundo nivel de atención, dificultan la articulación entre las acciones de detección, diagnóstico y tratamiento. Esto impone un obstáculo a la hora de promover este tipo de prácticas.

Un resultado interesante que surge de este trabajo es que, aun proveyendo evidencia de diferentes tipos y considerando diferentes perspectivas a través de un enfoque participativo, los aspectos relacionados con la dimensión económica y política de la accesibilidad de salud no se terminan de abordar. Más del 80 % de las estrategias propuestas y consensuadas en el diálogo deliberativo informado abordan la dimensión técnica. En esta valoración tan fuerte de esta dimensión parece perderse de foco la dimensión político y económica, aspectos que deben estar asegurados, o al menos trabajar en ello, para que cualquier tipo de intervención tenga éxito y pueda ser sostenible a largo plazo, sobre todo en contextos de bajos recursos.

En cuanto a los aspectos económicos no se puede dejar de considerar estrategias dirigidas a los costos, ya sea de recursos humanos y materiales necesarios para llevar a cabo la estrategia, así como de los equipos necesarios, en este caso foco principal del cuello de botella en el acceso al tamizaje. Por otro lado, debe contemplarse el impacto financiero de la estrategia en el sistema de salud en su conjunto y en la economía en general. En cuanto a los aspectos políticos, es importante considerar el contexto político y social en el que se implementa la estrategia. El sistema de salud, por su fragmentación, resulta un ambiente propicio para que las barreras, aun para aquellas que responden a otras dimensiones de la accesibilidad, se acentúen fuertemente. La dimensión y voluntad política brinda el marco institucional para que las estrategias se implementen. Además, funcionan como ordenadores del sistema, ya que no solo tiene la capacidad de asignar los recursos necesarios, sino también determinar cómo se ejecutarán los lineamientos. Sin duda, en contextos de bajos recursos y para avanzar en lineamientos efectivos y sostenibles en el tiempo, orientados a la prevención de CCR, se debe garantizar que estas dimensiones político y económicas este contempladas en los diseños de estrategias.

Uno de los hallazgos principales es la escasa evidencia sobre estrategias dirigidas a abordar las barreras a nivel de los profesionales de la salud y la organización, a pesar del impacto que

tienen en la adherencia al tamizaje, especialmente en países con recursos limitados. Sólo una de las revisiones evaluó estrategias dirigidas a profesionales, y evidenció que tanto el uso de recordatorios como la educación a profesionales son efectivas para incrementar la realización del tamizaje en la población de riesgo promedio⁴⁷. Sin embargo, no analiza qué modalidades son más efectivas, lo que muestra la necesidad de generar más evidencia sobre este tema en particular.

Aquellas intervenciones con aumentos más notorios son las relacionadas a la educación de la comunidad, sin embargo se subraya la necesidad de planificar y contextualizar adecuadamente este tipo de estrategias ya que el tipo de acción, el tipo de mensaje y el tipo de canal de comunicación empleado inciden en el efecto esperado⁴⁷. Las intervenciones efectivas descritas en la RS, que se adaptan a las barreras encontradas en el área de estudio, presentan un efectividad significativa aunque los aumentos son modestos. Si bien utilizar una única estrategia es útil, pareciera ser no suficiente. La evidencia demuestra que mejores resultados se obtienen por medio de la combinación de estrategias. Este resultado es consistente con los de los estudios de barreras, que evidencian una multiplicidad de factores que inciden negativamente en la realización de tamizaje de CCR.

Al momento del consenso de estrategias posibles de ser aplicadas localmente, prácticamente todas están direccionadas a las principales barreras relevadas; sin embargo, pocas de estas estrategias son respaldadas por la evidencia empírica sintetizada en las instancias previas al diálogo deliberativo. En otras palabras, al momento de consensuar y proponer las estrategias los participantes priorizaron más la evidencia experiencial y contextual que la evidencia empírica sobre la efectividad. Esto puede entenderse en la medida de que muchas barreras son locales y que por ende las estrategias para abordarlas no estén ampliamente difundidas y no cuenten la evidencia científica que respalde su efectividad. También es posible que la estrategia de disseminación de la evidencia previa al diálogo no haya funcionado de acuerdo a lo esperado, y que los participantes no hayan podido leer y apropiarse de esta información con anterioridad al encuentro.

Diferentes estudios señalan esta brecha en el uso de la investigación⁷⁹, que ocurre por la falta de formación de los profesionales en el uso de la evidencia científica o mal uso de la misma.

Las implicancias de esta brecha en países de bajos ingresos tiene un gran impacto, dada la precariedad de los sistemas de salud. La persistencia de esta brecha impacta en la población y en los sistemas de salud, ya que no solo pone en riesgo la salud de las personas, sino que genera gastos indebidos en la atención médica.

Entre las limitaciones del estudio se contempla el sistema de registro de datos inadecuado, característico de sistemas de salud no integrados (como la situación de la ciudad). Esto dificulta el rastreo de pacientes a través del proceso y fue una gran limitante a la hora de obtener datos locales. Esto resalta la necesidad del fortalecimiento de los sistemas informáticos para poder monitorear adecuadamente indicadores de cobertura. Otra limitación es que la certeza de la evidencia para la mayoría de las estrategias en los estudios incluidos fue de moderada (los resultados de las revisiones podrían ser sustancialmente distintos al real) a baja (la confianza del efecto es limitada ya que el resultado probablemente sea sustancialmente distinto al de la estimación)⁴⁸. Además se observó una notable heterogeneidad entre las revisiones sistemáticas evaluadas y las estrategias incluidas, lo que limitó la posibilidad de emplear un meta-análisis global para cada tipo de estrategia. Finalmente, no se evaluó la posibilidad de superposición de estudios primarios entre las RS incluidas, por lo tanto, es probable que resultados de diversas RS tengan como base a un mismo estudio primario. A nivel del diálogo deliberativo, una limitante se refiere a que éste se llevó a cabo sin la presencia de usuarios y no usuarios del sistema. La inclusión de su perspectiva sin duda habría enriquecido el debate. Al realizar las entrevistas se observaron dificultades en el enrolamiento de esta población, la que en parte se explica por el desconocimiento, falta de interés o conciencia acerca de la patología, así como por un elevado grado de analfabetismo en salud de esta población.

CONCLUSIONES

Este trabajo aporta información sobre los resultados de aplicar las recomendaciones de expertos de las ciencias de la implementación para el diseño de estrategias de implementación focalizadas a un contexto de bajos recursos, dentro de un sistema de salud fragmentado, con el objetivo de aumentar el tamizaje de CCR. A nivel local, permitió identificar las barreras a la atención médica para el tamizaje y comprender los patrones de utilización y los vínculos que se establecen entre la población y los servicios, contextualizando las oportunidades y las limitaciones que el sistema de salud plantea a esta práctica preventiva

Por otro lado, permitió por primera vez la realización de un diálogo deliberativo informado en evidencia con las autoridades de salud locales y el involucramiento de todos los niveles de atención para consensuar posibles estrategias. Sin embargo, las estrategias que surgieron después del diálogo informado, en el cual se trabajó con diferentes tipos de evidencia, no se encuentran completamente alineadas con las dimensiones de la accesibilidad. Un enfoque participativo informado en la evidencia, si bien ayuda y sirve para sentar las bases para la construcción de nuevas estrategias, no sería suficiente para formalizar una política de tamizaje en el AP2, ya que ciertas barreras y ciertas dimensiones han quedado sin ser abordadas.

A futuro, dada la complejidad de la accesibilidad al tamizaje de CCR, será necesario abordar las barreras a través de estrategias efectivas y focalizadas en los determinantes locales, de manera cuidadosa y secuencial, para garantizar que el circuito de detección y diagnóstico esté bien establecido antes de provocar un aumento notorio en la demanda, a fin de evitar la escalada de una necesidad de salud que el sistema de salud no esté preparado para satisfacer.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sung, H. *et al.* Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin* **71**, 209–249 (2021).
2. Bray, F. *et al.* Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* **68**, 394–424 (2018).
3. Siegel, R. L. *et al.* Colorectal cancer statistics, 2017. *CA Cancer J Clin* **67**, 177–193 (2017).
4. Arnold, M. *et al.* Global patterns and trends in colorectal cancer incidence and mortality. *Gut* **66**, 683–691 (2017).
5. Bishehsari, F., Mahdavinia, M., Vacca, M., Malekzadeh, R. & Mariani-Costantini, R. Epidemiological transition of colorectal cancer in developing countries: environmental factors, molecular pathways, and opportunities for prevention. *World J Gastroenterol* **20**, 6055–6072 (2014).
6. Mattiuzzi, C., Sanchis-Gomar, F. & Lippi, G. Concise update on colorectal cancer epidemiology. *Ann Transl Med* **7**, 609–609 (2019).
7. Kuntz, K. M. *et al.* A systematic comparison of microsimulation models of colorectal cancer: the role of assumptions about adenoma progression. *Med Decis Making* **31**, 530–539 (2011).
8. Schreuders, E. H. *et al.* Colorectal cancer screening: a global overview of existing programmes. *Gut* **64**, 1637–1649 (2015).
9. Khalili, F. *et al.* Cost-Effectiveness Analysis of Colorectal Cancer Screening: A Systematic Review. *Risk Manag Healthc Policy* **13**, 1499–1512 (2020).
10. Sullivan, T., Sullivan, R. & Ginsburg, O. M. Screening for Cancer: Considerations for Low- and Middle-Income Countries. *Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 3): Cancer* 211–222 (2015) doi:10.1596/978-1-4648-0349-9_CH12.
11. Tiro, J. A. *et al.* The colorectal cancer screening process in community settings: a conceptual model for the population-based research optimizing screening through personalized regimens consortium. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* **23**, 1147–1158 (2014).
12. Resolución 2173/2013 | Argentina.gob.ar. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/resoluci%C3%B3n-2173-2013-225414>.
13. Banco de Recursos de Comunicación del Ministerio de Salud de la Nación | Recomendaciones para el tamizaje organizado de cáncer colorrectal en población de riesgo promedio en Argentina. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/recomendaciones-para-el-tamizaje-organizado-de-cancer-colorrectal-en-poblacion-de-riesgo>.
14. Qaseem, A. *et al.* Screening for colorectal cancer: A guidance statement from the american college of physicians. *Ann Intern Med* **156**, 378–386 (2012).
15. Espinola, N., Maceira, D. & Palacios, A. [Cost-effectiveness of screening for colorectal cancer in Argentina]. *Acta Gastroenterol Latinoam* **46**, 8–17 (2016).
16. Banco de Recursos de Comunicación del Ministerio de Salud de la Nación | Impacto del tamizaje del CCR en el marco de la cobertura universal de salud (CUS). <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/impacto-del-tamizaje-del-ccr-en-el-marco-de-la-cobertura-universal-de-salud-cus>.
17. Estadísticas - Incidencia | Argentina.gob.ar. <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/incidencia>.
18. Cancer Today. <https://gco.iarc.fr/today/en>.
19. Banco de Recursos de Comunicación del Ministerio de Salud de la Nación | 4ta. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2019 - Informe definitivo. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/4ta-encuesta-nacional-de-factores-de-riesgo-2019-informe-definitivo>.

20. Banco de Recursos de Comunicación del Ministerio de Salud de la Nación | Boletín RITA 2012-2020. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-rita-2012-2020>.
21. Allemani, C. *et al.* Global surveillance of trends in cancer survival 2000-14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *Lancet* **391**, 1023–1075 (2018).
22. Banco de Recursos de Comunicación del Ministerio de Salud de la Nación | RITA. Contexto, avances y resultados. 2012-2017. <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/rita-contexto-avances-y-resultados-2012-2017>.
23. Schenfeld, Y. *et al.* Barreras y facilitadores del acceso al tamizaje de cáncer colorrectal. *Revista Medicina* **84**, 267–278 (2024).
24. Francke, A. L., Smit, M. C., De Veer, A. J. E. & Mistiaen, P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. *BMC Med Inform Decis Mak* **8**, (2008).
25. Gregory, T. A. *et al.* Demographic, social cognitive and social ecological predictors of intention and participation in screening for colorectal cancer. *BMC Public Health* **11**, (2011).
26. Lussiez, A. *et al.* Barriers to colorectal cancer screening in Ghana: a qualitative study of patients and physicians. *Cancer Causes Control* **33**, 951–958 (2022).
27. Green, P. M. & Kelly, B. A. Colorectal cancer knowledge, perceptions, and behaviors in African Americans. *Cancer Nurs* **27**, 206–217 (2004).
28. De Klerk, C. M., Gupta, S., Dekker, E. & Essink-Bot, M. L. Socioeconomic and ethnic inequities within organised colorectal cancer screening programmes worldwide. *Gut* **67**, 679–687 (2018).
29. Proctor, E. K., Powell, B. J. & McMillen, J. C. Implementation strategies: recommendations for specifying and reporting. *Implement Sci* **8**, 139 (2013).
30. Sabatino, S. A. *et al.* Effectiveness of interventions to increase screening for breast, cervical, and colorectal cancers: nine updated systematic reviews for the guide to community preventive services. *Am J Prev Med* **43**, 97–118 (2012).
31. Harvey, G. *et al.* The NIHR Collaborations for Leadership in Applied Health Research and Care (CLAHRC) for Greater Manchester: combining empirical, theoretical and experiential evidence to design and evaluate a large-scale implementation strategy. *Implement Sci* **6**, (2011).
32. Mittman, B. Implementation science in health care . in *Dissemination and Implementation Research in Health: Translating Science to Practice* (eds. Brownson, R., Colditz, G. & Proctor, E.) 400–418 (2018).
33. Grimshaw, J. M., Eccles, M. P., Lavis, J. N., Hill, S. J. & Squires, J. E. Knowledge translation of research findings. *Implement Sci* **7**, (2012).
34. Aarons, G. A., Hurlburt, M. & Horwitz, S. M. C. Advancing a conceptual model of evidence-based practice implementation in public service sectors. *Adm Policy Ment Health* **38**, 4–23 (2011).
35. Handley, M. A., Gorukanti, A. & Cattamanchi, A. Strategies for implementing implementation science: a methodological overview. *Emergency Medicine Journal* **33**, 660–664 (2016).
36. Donabedian, A. Garantía y Monitoría de la Calidad de la atención Médica: un texto introductoriospects of medical care administration. in *Harvard University Press* (ed. Perspectivas en Salud Publica) vol. 10 208–220 (México, 1992).
37. Frenk, J. *El Concepto y Medición de La Accesibilidad*. vol. 27 (Salud pública de Mexico, 1985).
38. Giovanella, L. & Fleury, S. Universalidade da atenção à saúde: acesso como categoria de análise / Universality of health care: access as a category of analysis. (Política de saúde: o público e o privado., Rio de Janeiro, 1996).

39. Damschroder, L. J., Reardon, C. M., Widerquist, M. A. O. & Lowery, J. The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implement Sci* **17**, (2022).
40. Lavis, J. *et al.* Towards systematic reviews that inform health care management and policy-making. *J Health Serv Res Policy* **10 Suppl 1**, 35–48 (2005).
41. Dobbins, M., Decorby, K. & Twiddy, T. A knowledge transfer strategy for public health decision makers. *Worldviews Evid Based Nurs* **1**, 120–128 (2004).
42. Boyko, J. A., Lavis, J. N., Abelson, J., Dobbins, M. & Carter, N. Deliberative dialogues as a mechanism for knowledge translation and exchange in health systems decision-making. *Soc Sci Med* **75**, 1938–1945 (2012).
43. Deng, C. Y. & Wu, C. L. An innovative participatory method for newly democratic societies: The ‘civic groups forum’ on national health insurance reform in Taiwan. *Soc Sci Med* **70**, 896–903 (2010).
44. Lavis, J. N., Boyko, J., Oxman, A. D., Lewin, S. & Fretheim, A. SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 14: Organising and using policy dialogues to support evidence-informed policymaking. *Health Res Policy Syst* **7 Suppl 1**, 514–519 (2009).
45. Tong, A., Sainsbury, P. & Craig, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* **19**, 349–357 (2007).
46. Shea, B. J. *et al.* AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ* **358**, (2017).
47. Dougherty, M. K. *et al.* Evaluation of Interventions Intended to Increase Colorectal Cancer Screening Rates in the United States: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med* **178**, 1645–1658 (2018).
48. Balshem, H. *et al.* GRADE guidelines: 3. Rating the quality of evidence. *J Clin Epidemiol* **64**, 401–406 (2011).
49. Pan American Health Organization. Guía SURE para la preparación y uso de resúmenes ejecutivos para formulación de políticas . <https://www3.paho.org/par/dmdocuments/Guia%20SURE%2004%20Definicion%20del%20Problema.pdf> (2010).
50. Garbus, P. Accesibilidad a la atención en salud. La revisión teórica de una categoría tan clásica, como de moda. . *Revista de la Asociación Médica de Bahía Blanca* **22**, 15–25 (2012).
51. Ramli, N. S., Manaf, M. R. A., Hassan, M. R., Ismail, M. I. & Nawi, A. M. Effectiveness of Colorectal Cancer Screening Promotion Using E-Media Decision Aids: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health* **18**, (2021).
52. Long, N. N. *et al.* Motivational Interviewing to Improve the Uptake of Colorectal Cancer Screening: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Med (Lausanne)* **9**, (2022).
53. D’Onise, K., Iacobini, E. T. & Canuto, K. J. Colorectal cancer screening using faecal occult blood tests for Indigenous adults: A systematic literature review of barriers, enablers and implemented strategies. *Prev Med (Baltim)* **134**, (2020).
54. Myers, L., Goodwin, B., March, S. & Dunn, J. Ways to use interventions to increase participation in mail-out bowel cancer screening: a systematic review and meta-analysis. *Transl Behav Med* **10**, 384–393 (2020).
55. Ruco, A. *et al.* Social Media and mHealth Technology for Cancer Screening: Systematic Review and Meta-analysis. *J Med Internet Res* **23**, (2021).

56. Elepaño, A., Fusingan, A. S., Yasay, E. & Sahagun, J. A. Mobile health interventions for improving colorectal cancer screening rates: A systematic review and meta-analysis. *Asian Pac J Cancer Prev* **22**, 3093–3099 (2021).
57. Goodwin, B. C. *et al.* Strategies for increasing participation in mail-out colorectal cancer screening programs: a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev* **8**, (2019).
58. Facciorusso, A., Demb, J., Mohan, B. P., Gupta, S. & Singh, S. Addition of Financial Incentives to Mailed Outreach for Promoting Colorectal Cancer Screening: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open* **4**, (2021).
59. Hu, J., Wu, Y., Ji, F., Fang, X. & Chen, F. Peer Support as an Ideal Solution for Racial/Ethnic Disparities in Colorectal Cancer Screening: Evidence from a Systematic Review and Meta-analysis. *Dis Colon Rectum* **63**, 850–858 (2020).
60. Damschroder, L. J. *et al.* Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci* **4**, (2009).
61. Flottorp, S. A. *et al.* A checklist for identifying determinants of practice: A systematic review and synthesis of frameworks and taxonomies of factors that prevent or enable improvements in healthcare professional practice. *Implementation Science* **8**, 35 (2013).
62. Baker, R. *et al.* Tailored interventions to overcome identified barriers to change: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (2010)
doi:10.1002/14651858.CD005470.PUB2/MEDIA/CDSR/CD005470/REL0002/CD005470/I
MAGE_N/NCD005470-AFIG-FIG01.PNG.
63. Bosch, M., Van Der Weijden, T., Wensing, M. & Grol, R. Tailoring quality improvement interventions to identified barriers: a multiple case analysis. *J Eval Clin Pract* **13**, 161–168 (2007).
64. Michie, S., Atkins, L. & Gainforth, H. L. Changing Behaviour to Improve Clinical Practice and Policy. in *Novos Desafios, Novas Competências: Contributos Atuais da Psicologia* 41–60 (Axioma - Publicações da Faculdade de Filosofia, 2016).
doi:10.17990/Axi/2016_9789726972679_041.
65. Colquhoun, H. L., Squires, J. E., Kolehmainen, N., Fraser, C. & Grimshaw, J. M. Methods for designing interventions to change healthcare professionals' behaviour: a systematic review. *Implement Sci* **12**, (2017).
66. Powell, B. J. *et al.* Methods to Improve the Selection and Tailoring of Implementation Strategies. *J Behav Health Serv Res* **44**, 177–194 (2017).
67. Farley, K., Thompson, C., Hanbury, A. & Chambers, D. Exploring the feasibility of Conjoint Analysis as a tool for prioritizing innovations for implementation. *Implement Sci* **8**, (2013).
68. Taplin, S. H. & Rodgers, A. B. Toward improving the quality of cancer care: addressing the interfaces of primary and oncology-related subspecialty care. *J Natl Cancer Inst Monogr* **2010**, 3–10 (2010).
69. Sanguinetti, J. M., Lotero Polesel, J. C., Piscoya, A. & Sáenz Fuenzalida, R. Colorectal cancer screening: a South American perspective. *Rev Gastroenterol Peru* **40**, 238–245 (2020).
70. CÁNCER COLORRECTAL EN LA ARGENTINA: ORGANIZACIÓN, COBERTURA Y CALIDAD DE LAS ACCIONES DE PREVENCIÓN Y CONTROL.
71. Fernández, N. E. & Enrique, C. I. Prueba piloto para la implementación del Programa Nacional de Prevención y Detección temprana del Cáncer colorrectal en Entre Ríos. *Rev. argent. salud pública* (2021).
72. Kopitowski, K. Conocimiento de médicos de un Hospital Universitario de Buenos Aires respecto de las recomendaciones de vigilancia colonoscópica luego del hallazgo de un

- pólipo colónico: estudio de corte transversal. *Archivos De Medicina Familiar Y General* (2014).
73. Garcia, G. H., Riechelmann, R. P. & Hoff, P. M. Adherence to colonoscopy recommendations for first-degree relatives of young patients diagnosed with colorectal cancer. *Clinics (Sao Paulo)* **70**, 696–699 (2015).
 74. Dagatti, M. S., Avila, M. B., Savarecio, N., Nieto, C. S. & Pezzotto, S. M. [Knowledge, adherence and perceptions about colorectal cancer screening in primary and secondary school teachers in Carcarañá]. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba* **78**, 125–129 (2021).
 75. Casal, E. R., Velázquez, E. N., Mejía, R. M., Cuneo, A. & Pérez-Stable, E. J. Rastreo del cáncer colorrectal: Conocimiento y actitud de la población. *Medicina (Buenos Aires)* **69**, 135–142 (2009).
 76. Capriati, A., Ramos, S. & Tamburrino, C. Sentidos en las narrativas sobre cáncer colorrectal en población sana: aportes para una estrategia de prevención en Argentina. *Rev. argent. salud pública* (2014).
 77. Dominitz, J. A. Barriers and Facilitators to Colorectal Cancer Screening. *Gastroenterol Hepatol (N Y)* **17**, 550 (2021).
 78. Aportes para el desarrollo humano en Argentina 6 | Programa De Las Naciones Unidas Para El Desarrollo. <https://www.undp.org/es/argentina/publicaciones/aportes-para-el-desarrollo-humano-en-argentina-6>.
 79. Rasmussen, C. D. N., Højberg, H., Bengtsen, E. & Jørgensen, M. B. Identifying knowledge gaps between practice and research for implementation components of sustainable interventions to improve the working environment - A rapid review. *Appl Ergon* **67**, 178–192 (2018).

ANEXOS

ANEXO I. Guía de Solo para quienes refieren trabajar en un CAPS o en un servicio hospitalario

Fecha: ___ / ___ / _____

Nombre de entrevistador/a: _____

Modalidad de entrevista:

Datos sociodemográficos del/de la entrevistado/a

Género _____ Edad _____ Profesión _____ Antigüedad: _____

¿Dónde desempeña su tarea laboral? (>50% de la carga horaria)

Rol: asistencial administración coordinación decisión otro _____

¿Trabaja en algún otro efector o servicio? NO SI _____

1. Rol del/de la entrevistado/a en relación a la situación local:

- a. Nos podría comentar cuál es su rol o su función actual/pasado en el CAPS/ servicio?
- b. Cuál es la población que asiste con más frecuencia al centro de salud? (grupo etario, clase social, género)
- c. ¿Cuáles son las consultas más frecuentes del grupo etario mencionado?
- d. ¿Cuál es su perspectiva respecto al autocuidado de la salud que presentan los usuarios?
- e. Con respecto a las patologías oncológicas, ¿Cuál es el conocimiento de la población sobre la prevención de las mismas? ¿Cuáles son las más frecuentes?
- f. En cuanto al cáncer de colon, ¿es un motivo de consulta frecuente?

2. Conocimiento sobre el tamizaje:

- a. ¿A quienes recomendaría realizar estudios para detectar el cáncer de colon? ¿En base a cuáles criterios?
- b. ¿qué estudios conoce para la detección de CCR?
- c. ¿Qué estudios recomendaría a la población que asiste a su centro?
- d. Podría describirnos su experiencia respecto al tamizaje, diagnóstico y tratamiento del CCR
- e. ¿Conoce el Programa Nacional de Prevención y Detección de CCR? SI/ NO.
En caso de que SI: ¿qué aspectos le parecen destacables? (positivos y negativos)
En caso de que NO: ¿quién determina las indicaciones para realizar el tamizaje?
- f. ¿Ha recibido alguna formación específica en relación al tamizaje de CCR? Esa formación ¿fue promovida y financiada por autoridades sanitarias o respondió a un interés propio?

3. Experiencia de tamizaje de CCR:

- a) ¿Cómo se organiza el servicio/ el CAPS donde Ud. trabaja para llevar a cabo tareas de prevención, diagnóstico y tratamiento de CCR? ¿Hay alguna persona o un equipo que se encarga de dichas tareas?
- b) El resto de los integrantes del equipo de salud ¿participan de alguna manera o colaboran para llevar a cabo tareas de prevención de CCR? ¿se han tomado medidas para alentar al equipo de salud a realizar actividades de prevención? ¿cuáles?
- c) ¿Qué tan bien encaja la realización de este tipo de prácticas con los procesos y prácticas de trabajo existentes en su entorno? ¿Cuáles son los posibles problemas o complicaciones que surgen?
- d) Había/Hay algún líder en su lugar de trabajo que lleve adelante las tareas de prevención de CCR?
- e) ¿Cómo describiría la cultura (creencias generales, valores, supuestos que las personas adoptan) de su entorno o unidad? (incluir p. ej. ¿Toma de decisiones compartida versus ser más directivo? ¿Participación comunitaria? ¿Abordaje de determinantes sociales?)
- f) ¿Cómo cree que afecta la cultura de su unidad la implementación de programas preventivos, como el de tamizaje de CCR?

4. Aspectos operativos de la implementación local:

4.1 Demanda asistencial en su lugar de trabajo

- a) En su experiencia, ¿cómo surge la demanda de tamizaje para CCR? (los pacientes solicitan o los propios profesionales recomiendan el tamizaje/ derivaciones de profesiones de otros centros de salud)?
- b) ¿Cuál es el motivo vinculado a la consulta?

4.2 Diagnóstico:

- a) ¿Cómo y dónde se realiza el diagnóstico de CCR?
- b) ¿En su servicio/centro es factible realizar el diagnóstico de CCR? SI/NO
NO: ¿por qué?
SI: por qué? En caso de que se considere factible y no se realiza por qué no se realiza?
- c) Una vez que un paciente tiene resultado positivo o diagnóstico de CCR ¿qué información se le brinda?
- d) ¿Cómo es el manejo de este tipo de pacientes? ¿Tienen algún tipo de estrategia de seguimiento de dichos pacientes?
- e) En los casos en donde el paciente no cumpla con el seguimiento pautado, ¿se toma alguna acción?

4.3 Derivación:

- a) ¿En qué casos derivan los pacientes a otros centros?
- b) ¿Cómo es el circuito de derivación de pacientes a centros de mayor complejidad?
- c) ¿Cómo se vincula su centro/servicio con los demás niveles de atención?

4.4 Circuito:

- a) ¿En su opinión o experiencia los pacientes logran completar el circuito de tamizaje?
- b) ¿Cuál/cuáles son los *puntos críticos* en el proceso de atención que retrasa o impide completar el circuito? Indagar por qué

5. SI SALUD:

- a. En el sistema, ¿figuran los pasos involucrados en el tamizaje de CCR con sus códigos correspondientes?
- b. En caso de que existan los códigos, ¿se carga la información en el sistema?
- c. En caso de que no haya códigos, ¿Cómo queda registrado en la historia del paciente?

6. Recursos:

- a. Qué barreras enfrentan las personas que residen en el área para realizarse este tipo de estudios?
- b. ¿La infraestructura disponible condiciona la realización del tamizaje? (Por ejemplo, la disponibilidad o las limitaciones en espacio físico para atender estos pacientes, acceso al centro, traslado).
- c. ¿Y en cuanto a RRHH, considera Ud. que hay suficientes y tienen el entrenamiento adecuado para llevar a cabo el tamizaje?
- d. Y en cuanto a los recursos físicos como tests de SMOF, heladeras, torres de anestesia, disponibilidad de estudios previos, aparatos, endoscopias?

7. Cambios

- a. ¿Qué cambio o cambios cree Ud que sería conveniente realizar para fortalecer la implementación del tamizaje? (¿Cambios en las políticas? ¿Cambios en los sistemas de información o en los sistemas de registros electrónicos? ¿Otro?)
- b. ¿Qué podría hacer Ud. desde su rol, para aumentar o mejorar la prevención, el tratamiento, el acceso y la concientización del paciente al tamizaje de CCR?
- c. Cuáles son los factores que facilitan la implementación del tamizaje?
- d. Conoce el rol/función de los promotores/navegadores de salud en el sistema? Cuál es su perspectiva respecto a la implementación de los mismos para promover el tamizaje de CCR?
- e. ¿Existen en su área de trabajo? SI: ¿cómo es su rol en el equipo y la comunidad?
- f. ¿Considera que con la implementación de un programa formal mejoraría de alguna manera del tamizaje de CCR en la región? SI/NO ¿Por qué?

7 Pregunta sobre COVID-19:

- a. ¿En qué medida se modificó la organización del CAPS/servicio a partir de la pandemia?
- b. ¿Cuál fue el impacto en la oferta y demanda de servicios relacionados al tamizaje de CCR en la pandemia?
- c. Según su perspectiva, ¿en qué aspectos de la enfermedad (CCR) la pandemia tuvo mayor impacto?

8. Preguntas finales

- a. Antes de terminar, ¿le gustaría hacer una reflexión o comentario final?
- b. ¿Tiene alguna pregunta que quisiera hacernos?
- c. Según su perspectiva, ¿conoce a algún profesional de salud que considere que debiéramos entrevistar para obtener más información acerca del tamizaje de CCR?

ANEXO II. Guía de entrevista dirigida a quienes refieren un rol de gestión o decisión política

Fecha: ___/___/_____

Nombre de entrevistador/a: _____

Modalidad de entrevista:

Datos sociodemográficos del/de la entrevistado/a

Género _____ Edad _____ Profesión _____ Antigüedad: _____

¿Dónde desempeña su tarea laboral? (>50% de la carga horaria)

Rol: asistencial administración coordinación decisión otro _____

¿Trabaja en algún otro efector o servicio? NO SI _____

1. Introducción

- a. Nos podría comentar cuál es su rol o su función actual/pasado en la secretaría/ el área programática/el centro de salud?
- b. ¿Cómo se organiza el área/municipio con respecto a la prevención de enfermedades oncológicas? ¿Qué programas o planes están hoy en día activos?
- c. Y con respecto al CCR?
- d. Cómo se alinea el tamizaje de CCR dentro de las prioridades y objetivos de la Secretaría de Salud? ¿Qué prioridad le asigna al tamizaje de CCR en comparación con las otras prioridades?

2. Aspectos operativos

- a. Ud. conoce cómo se organiza el tamizaje en la región/municipio?
- b. Se realiza en todas las áreas programáticas/unidades sanitarias?

- c. En los lugares donde se realiza el tamizaje, ¿fue necesario hacer alguna modificación teniendo en cuenta las características del lugar/centro/población? (en caso que responda sí, profundizar).
- d. ¿Cómo se relacionan los efectores de los distintos niveles de atención con respecto a las actividades del Programa?
- e. ¿Cómo es la aceptación y participación de los equipos de salud en relación al tamizaje?
- f. ¿Se han realizado actividades o dispuesto medidas para alentar a las personas a realizar el tamizaje? (sí dice que sí, le preguntaría si puede dar algún ejemplo).
- g. ¿Ha establecido usted / su unidad / la autoridad sanitaria local metas relacionadas con el tamizaje de CCR? ¿Cuáles son los objetivos? ¿Cómo se monitorean?
- h. Con respecto a la práctica de tamizaje de CCR, ¿se le brinda información a las unidades sanitarias? (En caso de respuesta afirmativa, indagar fuentes: podría ser la secretaría de salud, el hospital, la universidad, alguna sociedad científica).

3. Opinión

- a. Que opina Ud. del tamizaje de CCR?
- b. ¿Qué opina Ud sobre el grado de complejidad que tiene la implementación del tamizaje en la región/ciudad/ area/servicio? ¿es factible?

4. Cambios

- a. ¿Cuáles son los principales retos (barreras) para realizar el tamizaje de CCR?
- b. ¿Qué cambios serían necesarios para mejorar el tamizaje? ¿Qué componente Ud. cree que funciona y por lo tanto no modificaría?

5. Recursos

- a. En qué condiciones se encuentra el sistema de salud para implementar el tamizaje de CCR? De acuerdo a infraestructura, equipos de salud, redes, etc?
- b. ¿Cuáles son los recursos disponibles del subsector público municipal para implementar el programa? ¿Son suficientes?
- c. ¿Qué otros recursos son necesarios?

6. Pregunta sobre COVID-19:

- a. Sobre todo hablando de la atención de enfermedades oncológicas, ¿En qué medida se modificó la organización del sistema de salud en la ciudad a partir de la pandemia?
- b. ¿Cuál fue el impacto en la oferta y demanda de servicios relacionados al tamizaje de CCR en la pandemia?
- c. Según su perspectiva, ¿en qué aspectos de la enfermedad (CCR) la pandemia tuvo mayor impacto?

7. Preguntas finales

- a. Conoce el Programa Nacional de Prevención de CCR?
- b. ¿Cree que la formalización del mismo en la ciudad podría ayudar a aumentar el tamizaje de la región?
- c. ¿Qué espera Ud. sobre la evolución del tamizaje de CCR para los próximos años en el Municipio?
- d. ¿Tiene alguna reflexión que le gustaría compartir?
- e. Según su perspectiva, ¿conoce a alguna autoridad o profesional de salud en el ámbito local que considere que debiéramos entrevistar para obtener mas información acerca del tamizaje de CCR?

ANEXO III. Guía de entrevista para usuarios y no usuarios.

Edad:.....

Género:.....

Estado civil:

Nivel de educación máximo alcanzado

Empleo: SI / NO FORMAL / INFORMAL

Composición del grupo familiar:

- N° de personas que viven en la misma casa
- N° de ambientes
- Baño adentro de la casa SI/NO

Servicios básicos:

- Luz SI/NO
- Gas SI/NO
- agua potable SI/NO

Accesibilidad:

- servicio de conexión a internet WIFI/DATOS MOVILES/ NO POSEE
- Dispositivos que utilizan para comunicarse: Teléfono móvil/ PC de escritorio/ notebook/ Tablet/NINGUNO
- Plataformas digitales que más utilizan: WhatsApp/ Facebook/Instagram/ YouTube/TV por aire-cable/ Radio/SMS

Centro de salud que suele atenderse: Cerri/Bordeu/ Villa Nocito/ Piñeiro/Menghini/
Hospital Municipal

Profesional/médico de cabecera/referencia

¿Ha acudido a algún turno medico en el último año? SI / NO

¿Como considera su estado de salud actual?: Excelente /muy buena /buena /regular /mala/
Otra.

1. Generalidades

- a. ¿Suele realizarse controles de salud? SI/ NO. Cantidad de veces por año, lugar de realización, con quien se controla, desde hace cuánto se los realiza (años). (Indagar sobre frecuencia de controles, lugar de realización, tipos de controles, edad de inicio en el que se los realiza. ¿sabe si se le realiza algún estudio para detectar el cáncer de colon? Si no menciona tamizaje de CCR, preguntar específicamente).
- b. ¿Conoces los estudios que te solicitan habitualmente y para qué son?
- c. ¿recuerda realizarse los controles de salud anuales? ¿Y puntualmente la realización de screening de CCR con SOMF?
- d. Si lo recuerda y lo hace: continuar con pregunta de pandemia.
- e. Si lo recuerda y no lo hace:¿por qué? ¿cuáles son los motivos por lo que no acude a la atención medica? (personal (miedo, tiempo, económico, etc) y sistema (turnos, accesibilidad al centro, etc).
- f. SI se olvida: ¿identifica alguna causa por la cual suele olvidarse? (turnos, conexión, tiempo, prioridad, etc) .

2. Pandemia

- a. ¿La situación de la pandemia 2019-2021 ha afectado su vida y sus hábitos (dieta, ejercicio, tabaquismo, alcohol, economía, estructura familiar)?
- b. ¿Qué ocurrió en relación con sus visitas médicas, seguimiento de sus enfermedades y tratamiento farmacológico?
- c. ¿Y cuál fue su experiencia en el sistema sanitario en general durante el periodo de la pandemia?

3. CCR:

- a. ¿Conoce algo sobre el cáncer de colon? ¿Qué piensa del mismo?
- b. ¿Escucho alguna vez hablar a alguien sobre el cáncer de colon? SI/NO
- c. Si si: ¿a quién? ¿en dónde? (reuniones familiares, amigos, medios de comunicación, salita medica)
- d. ¿Se habla sobre el CCR en sus ambientes habituales?

- e. ¿la consideras una enfermedad frecuente?
- f. Cree que se puede detectar a tiempo?

Sobre el tamizaje:

- g. ¿Ha recibido/escuchado algún consejo sobre la prevención el CCR en algún medio de comunicación? Publicidades/ folletos, etc. ¿donde? ¿qué sensación te causó? ¿cuál fue tu reacción?
- h. SOMF ¿qué piensa de estas prácticas? Percepción personal.
- i. Colonoscopia, ¿qué piensa de estas prácticas?
- j. ¿conoce a alguien de su edad/trabajo/entorno que se lo haya realizado
- k. ¿Ha recibido algún consejo acerca de la prevención del CCR? (si refiere equipo, indagar quien)
- l. ¿La información recibida fue apropiada para sus necesidades? ¿cómo la recibió? ¿fue comprensible? ¿sus inquietudes fueron resueltas?
- m. ¿Ha cambiado su comportamiento (dieta, ejercicio, controles, realización de tamizaje) desde que se enteró sobre la conveniencia de realizar este tipo de estudio?

¿SE REALIZO EL TEST DE SANGRE OCULTA EN MATERIA FECAL EN EL ÚLTIMO AÑO? ¿ALGUNA VEZ EN SU VIDA?

¿SE REALIZO UNA COLONOSCOPIA EN EL ÚLTIMO AÑO? ¿ALGUNA VEZ EN SU VIDA?

¿ALGÚN PROFESIONAL TE LO SOLICITO ALGUNA VEZ?

NO SE REALIZO:

- a. ¿Por qué no se lo realizo? acceso, solicitud de profesionales, ideas personales, pudor, económico, etc.
- b. ¿Te harías un test si te lo solicitan o si algún miembro de tu entorno te lo recomienda?
- c. ¿Si actualmente te sentís bien sería factible que te lo realices sin presentar ningún síntoma/molestia etc., solo como un control de salud más?
- d. ¿Tienes miedo de realizarse un SOMF por la posibilidad de detectar cáncer?

- e. ¿crees que realizártelo beneficiaría a tu salud? SI/NO.
NO: ¿porque no estás dispuesto a realizártelo?
miedo
porque te sentís bien
pudor, vergüenza
sensación de estudio invasivo
estudio dificultoso
otro:
- f. ¿Cuáles serían las condiciones que consideras necesarias para realizártelo? (consejo de un profesional, conocimiento, tiempo, dinero, entorno).
- g. Si las condiciones que me comentabas están dadas. ¿Estarías dispuesto a realizarte el estudio en los próximos meses/solicitarlo en el próximo control de salud. ¿por qué?
- h. ¿Sería una prioridad para usted en lo que respecta al cuidado de su salud?

SI SE REALIZO:

- a. ¿crees que realizártelo beneficia a tu salud?
- b. ¿cómo fue tu experiencia a la hora de realizarte el estudio? desde que te lo solicitaron, la toma de muestras, la lectura de resultados. Indagar acceso, barreras y facilitadores, disponibilidad de recursos.
- c. ¿qué sentiste, cuales fueron tus sentimientos, tus percepciones a la hora de realizártelo? (ansiedad, miedo, angustia, incomodidad)
- d. ¿Cómo decidió hacerse estos estudios? ¿La familia/entorno lo ayudó en este proceso?
- e. ¿cuándo te realizaste la SOMF/colonoscopia te explicaron bien los pasos a seguir y te sentiste seguro a la hora de tomar la muestra?
- f. ¿le ocasiono alguna complicación la realización del mismo? (laboral, personal, familiar, económico) ¿Tuvo que pagar algo de su bolsillo para realizarse los estudios o para viajar?
- g. ¿estaría dispuesto a volver a realizárselo?


- h. ¿es una prioridad para ustedes en lo que respecta al cuidado de su salud?
- i. ¿conoce la frecuencia de la realización y los motivos por los cuales se solicita? (detección oportuna)
- j. ¿Recomendarías a tu entorno (familiares, amigos, conocidos de tu edad) la realización del tamizaje? ¿por qué?


PARA TODOS, PREGUNTAS FINALES:

- a. ¿Considera adecuada la atención que le brinda la Unidad Sanitaria para prevenir este tipo de enfermedades?
- b. ¿satisface sus necesidades y preferencias en relación con la prevención de CCR? Indagar sobre: información brindada, disponibilidad de turnos, accesibilidad, tiempos de espera, gastos de bolsillo, autogestión.
- c. Considera que la realización de SOMF anualmente, ¿le suma a usted una carga adicional a los chequeos habituales? ¿una preocupación más?
- d. ¿Ha escuchado historias de experiencias de otras personas con relación a este tipo de prácticas de prevención? ¿Puede describir/ comentarnos una historia específica?
- e. ¿le gustaría hacer una reflexión o comentario final?
- f. ¿Tiene alguna pregunta que quisiera hacernos?
- g. ¿conoce a alguien al cual usted considera le podríamos realizar la entrevista por su conocimiento/experiencia?

\

ANEXO IV. Comité de ética


 Fecha de registro C.O.S. 1199/16. No. de registro 8112/2018
 Nota: SA. Libro Actas Nº 1. No. aprobado 1199/2018
 Inscripción en el B.O. Nº 22896/18


Hospital Municipal de Aguilón
Dr. Leónidas Lucero

Bahía Blanca, 09 de marzo de 2022

Investigadora Principal
Médica Mg. María Eugenia Esandi
 Becaria Yamila Schenfeld

Ref: "Análisis de la experiencia de acceso al tamizaje de cáncer colorrectal en el área programática 2 de Bahía Blanca: barreras y facilitadores de la perspectiva de profesionales y usuarios del Sistema de Salud"


Patrocinador: No corresponde (postulante a la beca INC)

Institución donde se desarrollará: Área programática II de la ciudad de Bahía Blanca, provincia de Buenos Aires, Argentina.


DICTAMEN: APROBACIÓN


Los integrantes del Comité Institucional de Bioética en Investigación, en sesión ordinaria, han tomado conocimiento de los siguientes documentos presentados:

- Nota de presentación.
- Datos becaria Yamila Schenfeld.
- CV Directora de Tesis Dra. María Eugenia Esandi.
- Equipo de Investigación
- Proyecto de Investigación con las correcciones solicitadas por el Comité.
- Guía para la entrevista.
- Consentimiento informado usuarios de la salud y personal de salud.
- Persona delegada para la toma del consentimiento.



Estomba 968 Bahía Blanca | (0221) 4599484 / int. 4301 | bioetica@hmbb.gov.ar | Bioetica/HMAIB


 Fecha de registro C.O.S. 1199/16. No. de registro 8112/2018
 Nota: SA. Libro Actas Nº 1. No. aprobado 1199/2018
 Inscripción en el B.O. Nº 22896/18



Hospital Municipal de Aguilón
Dr. Leónidas Lucero

El Comité Institucional de Bioética en Investigación ha decidido **APROBAR** el Proyecto de referencia quedando registrado en libro de Actas, con fecha 09 de marzo de 2022.


Para su aprobación se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones éticas:


EVALUACIÓN ÉTICA

- Propósito del estudio, su objetivo general: Describir el acceso al tamizaje de CCR (cáncer colorrectal) de la población que reside en el Área Programática II de la ciudad de Bahía Blanca, Provincia de Buenos Aires entre 2019 y 2021 y las BSF (bareras y facilitadores) que lo determinan desde la perspectiva del equipo y usuarios de los servicios de salud.
- Metodología de investigación: Se desarrollará un estudio descriptivo, con diseño híbrido, que combinará técnicas cualitativas y cuantitativas. Esta investigación se enmarca en un Proyecto de Grupo de la Universidad Nacional del Sur (Código 24.R018) denominado "Transferencia de conocimiento para el abordaje de la brecha de uso de la investigación en la toma de decisiones en salud: implementación de una estrategia en el ámbito de la formación de grado universitaria a través de un enfoque transdisciplinario" que busca contribuir en la reducción de la brecha entre la investigación y la toma de decisiones sobre problemas de salud prioritarios en un contexto de post-pandemia a través de la producción de evidencia por equipos de investigación interdisciplinarios, conformados por estudiantes e investigadores de diferentes áreas y departamentos.
- Idoneidad del proyecto en relación con el objetivo del estudio.
- Justificación de riesgos: Se evidencian riesgos mínimos al momento de realizar las entrevistas, ya que la información recabada será utilizada con estricta confidencialidad.
- Justificación de beneficios: Contribuir al diagnóstico de situación y estimar la magnitud de la brecha de acceso y grupos más afectados, contribuirá al diseño de




Estomba 968 Bahía Blanca | (0221) 4599484 / int. 4301 | bioetica@hmbb.gov.ar | Bioetica/HMAIB


 Fecha de registro C.O.S. 1199/16. No. de registro 8112/2018
 Nota: SA. Libro Actas Nº 1. No. aprobado 1199/2018
 Inscripción en el B.O. Nº 22896/18



Hospital Municipal de Aguilón
Dr. Leónidas Lucero


estrategias que permitan fortalecer la realización del tamizaje de CCR en el área de estudio.

- Información escrita sobre el proyecto.
- Idoneidad del equipo de investigación:
 - Médica Mg. María Eugenia Esandi: Médica, Universidad de Buenos Aires, Magister de la Universidad de Barcelona en La Maestría Internacional del Programa de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Gestión. Ha participado en diversos proyectos de investigación, algunos de ellos subsidiados. Ha efectuado publicaciones en revistas científicas y posee experiencia en docencia.
- Determinación de posibles conflictos de interés del IP: No se evidencian.
- Confidencialidad de datos personales: El equipo de investigación se compromete a garantizar el derecho a la intimidad manejando la información con un alto nivel de confidencialidad.
- Posibilidad de poder prescindir del consentimiento informado: Se requiere consentimiento informado para responder la encuesta.
- Población a la cual está destinada el estudio: El estudio se realizará en el (AP2) de la ciudad de Bahía Blanca, perteneciente a la Región Sanitaria 1 de la provincia de Buenos Aires. El AP2 se encuentra ubicado en la zona noroeste de la ciudad. Se incluirán en el estudio a aquellas personas que reúnan los criterios de población de riesgo promedio definida por el PNCCR (Ministerio-Salud-Prov.Bs.As.) y que residan en el AP2.
 - Ambos sexos, entre 50 y 75 años.
 - Sin antecedentes personales o familiares.
 - Sin síntomas que puedan relacionarse con patología colónica.



Estomba 968 Bahía Blanca | (0221) 4599484 / int. 4301 | bioetica@hmbb.gov.ar | Bioetica/HMAIB


 Fecha de registro C.O.S. 1199/16. No. de registro 8112/2018
 Nota: SA. Libro Actas Nº 1. No. aprobado 1199/2018
 Inscripción en el B.O. Nº 22896/18


Hospital Municipal de Aguilón
Dr. Leónidas Lucero

- Contrato y seguro: No corresponde.

El mismo ha sido calificado como:


SIN RIESGO RIESGO MÍNIMO

RIESGO MEDIO RIESGO ALTO

Del análisis técnico de los documentos mencionados surge que se contempla el respeto por la dignidad, seguridad y bienestar de los pacientes y sus responsabilidades de acuerdo a lo expresado en el Código Helsinki II (Art. 1 al 9), el Informe Belmont, la Ley 25.326 de Protección de los datos personales, y normas de las buenas prácticas clínicas.

Solicitamos que la Investigadora principal (Med.Mg. María Eugenia Esandi: eesandi@gmail.com) notifique al Comité Institucional de Bioética en Investigación, todas las novedades del Proyecto de referencia.

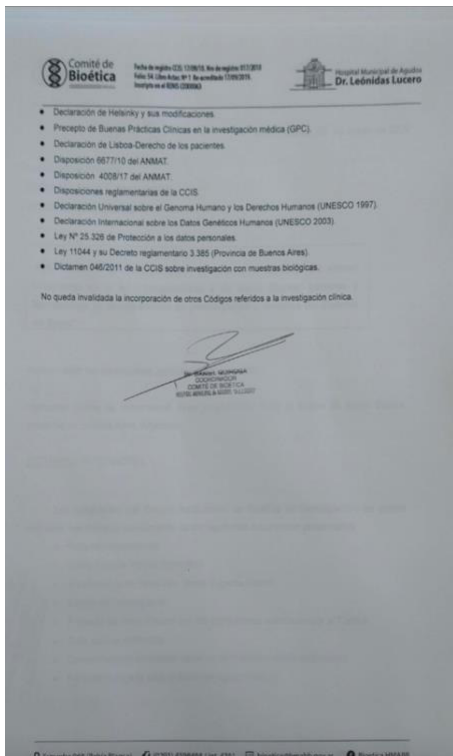
Atentamente



Nota: Los Códigos Nacionales e Internacionales en los que se basa el accionar de este Comité Independiente de Bioética son:

- Código de Nuremberg.
- Guías Éticas Internacionales para la Investigación médica en seres humanos (CIOMS)

Estomba 968 Bahía Blanca | (0221) 4599484 / int. 4301 | bioetica@hmbb.gov.ar | Bioetica/HMAIB



Bahía Blanca, 30 de septiembre de 2022

Directora del Proyecto
Dra. Ariana Bruzzone

REF: "EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA ESTRATEGIA ADAPTADA AL CONTEXTO LOCAL PARA AUMENTAR EL TAMIZAJE DE CÁNCER COLORRECTAL DEL ÁREA PROGRAMÁTICA 2 DE LA CIUDAD DE BAHÍA BLANCA"

Patrocinador: No corresponde.

Institución donde se desarrollará: Área Programática 2 (AP2) de la ciudad de Bahía Blanca.

DICTAMEN: APROBACIÓN.

Los integrantes del Comité Institucional de Bioética en Investigación y del Comité de investigación han tomado conocimiento de los documentos presentados:

- Nota de presentación.
- Datos de la investigadora principal.
- CV de la investigadora principal.
- Certificado del curso de buenas prácticas clínicas realizado por la investigadora principal.
- Listado de equipo de investigación.
- Proyecto de Investigación con las correcciones solicitadas por el Comité.
- Consentimiento Informado.
- Persona delegada de la toma de consentimiento.
- Autorización de la Jefa de Área Programática II para realizar la investigación.

El Comité Institucional de Bioética en Investigación ha decidido **APROBAR** el Proyecto de referencia quedando registrado en libro de Actas, con fecha 30 de septiembre de 2022.

Para su aprobación se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones éticas:

EVALUACIÓN ÉTICA

- Propósito del estudio: El objetivo general del presente proyecto es incrementar la cobertura, aceptabilidad y adherencia al tamizaje de CCR en el AP2 de la ciudad de Bahía Blanca. Para ello, se plantean los siguientes objetivos específicos:
 - a. Priorizar estrategias para fortalecer la implementación del tamizaje de CCR a través un enfoque participativo y basado en la evidencia empírica, teórica y experiencial.
 - b. Evaluar el efecto de la estrategia de implementación priorizada en la cobertura, aceptabilidad y adherencia al tamizaje por parte de los equipos de salud y usuarios del AP2.
- Metodología de investigación: Se plantea un estudio mixto en dos etapas,
 - Investigación-acción. Implementación de diálogos deliberativos para la priorización de estrategias dirigidas a incrementar la cobertura, aceptabilidad y adherencia a esta práctica.
 - Evaluación basal de indicadores de cobertura y adherencia al tamizaje de CCR (cáncer colorrectal) en el AP2 y un área control
- Idoneidad del proyecto en relación con el objetivo del estudio.
- Justificación de riesgos: Se evidencian riesgos mínimos, ya que la información recabada será utilizada con estricta confidencialidad.
- Justificación de beneficios: Al finalizar el proyecto, se espera incrementar la adopción del tamizaje por parte de los equipos de salud del AP2 y por tanto, la



Instituto de Registro (CIS) 17/09/18, No. de registro: 07/2018
Edif. S4, Lib. Anaya 9º 1º - Av. Corrientes 4919/2022
Instituto de Registro (CIS) 02/08/18



cobertura de esta práctica en la población objetivo que reside en esta área. La evaluación de una estrategia, diseñada a partir del involucramiento activo del equipo de salud, permitirá identificar si la misma es efectiva, si se requieren hacer ajustes para fortalecer la adherencia de los equipos y usuarios y además, si la misma podría ser escalada a otras áreas programáticas de la ciudad.

• Información escrita sobre el proyecto.

• Idoneidad del equipo de investigación:

> Ariana Bruzzone (Directora del Proyecto): Licenciatura en Ciencias Biológicas; Posdoctorado Institut Louis Bugnard, Rangueil- Toulouse. Cursada completa Maestría en Investigación Traslacional en Salud. Universidad Nacional Arturo Jauretche. 2020-21. Posee antecedentes en Docencia e Investigación, y ha realizado diversas publicaciones científicas.

• Determinación de posibles conflictos de interés del IP: No se evidencian.

• Confidencialidad de datos personales: El equipo de investigación se compromete a garantizar el derecho a la intimidad, manejando la información con estricto nivel de confidencialidad.

• Posibilidad de poder prescindir del consentimiento informado: Se requiere consentimiento informado para esta investigación, el cual fue aprobado.

• Población a la cual está destinada el estudio: La población de estudio será la población que reside en el APZ de la ciudad de Bahía Blanca, perteneciente a la Región Sanitaria 1 de la provincia de Buenos Aires. El APZ se encuentra ubicado en la zona noroeste de la ciudad. La misma comprende la localidad de Gral. Cerri con Alferez San Martín, Sauce Chico y Pje. La Hormiga; los barrios Villa Bordeau, Don Ramiro, Maldonado, Vista Alegre, 1º de Mayo, Villa Nocito y los Asentamientos Costa Blanca, Tierras Argentinas, Martín Fierro y Puertas del Sur; siendo el área de mayor extensión del Municipio.



Instituto de Registro (CIS) 17/09/18, No. de registro: 07/2018
Edif. S4, Lib. Anaya 9º 1º - Av. Corrientes 4919/2022
Instituto de Registro (CIS) 02/08/18



• Contrato y seguro: No corresponde.

El mismo ha sido calificado como:

SIN RIESGO RIESGO MÍNIMO

RIESGO MEDIO RIESGO ALTO

Del análisis técnico de los documentos mencionados surge que se contempla el respeto por la dignidad, seguridad y bienestar de los pacientes y sus responsabilidades de acuerdo a lo expresado en el Código Helsinkí II (Art. 1 al 9), el Informe Belmont, la Ley 25.326 de Protección de los datos personales, y normas de las buenas prácticas clínicas.

Solicitamos que la Directora del Proyecto (Dra. Ariana Bruzzone ariana.bruzzone@gmail.com) notifique al Comité Institucional de Bioética en Investigación, todas las novedades del Proyecto de referencia.

Atentamente,

Mg. Analía Ocampo
Subcoordinadora Comité de Bioética
Hospital Municipal de Aguadas "Dr. L. Lucero"

Nota: Los Códigos Nacionales e Internacionales en los que se basa el accionar de este Comité Independiente de Bioética son:



Instituto de Registro (CIS) 17/09/18, No. de registro: 07/2018
Edif. S4, Lib. Anaya 9º 1º - Av. Corrientes 4919/2022
Instituto de Registro (CIS) 02/08/18



- Código de Nuremberg.
- Guías Éticas Internacionales para la Investigación médica en seres humanos (CIOMS).
- Declaración de Helsinki y sus modificaciones.
- Precepto de Buenas Prácticas Clínicas en la investigación médica (GPC).
- Declaración de Lisboa-Derecho de los pacientes.
- Disposición 6877/10 del ANMAT.
- Disposición 4058/17 del ANMAT.
- Disposiciones reglamentarias de la CCIS.
- Declaración Universal sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos (UNESCO 1997).
- Declaración Internacional sobre los Datos Genéticos Humanos (UNESCO 2003).
- Ley Nº 25.326 de Protección a los datos personales.
- Ley 11064 y su Decreto reglamentario 3.385 (Provincia de Buenos Aires).
- Dictamen 048/2011 de la CCIS sobre investigación con muestras biológicas.

No queda invalidada la incorporación de otros Códigos referidos a la investigación clínica