

Diagnóstico sobre barreras y facilitadores en la implementación del Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana del Cáncer Colorrectal: estudio de caso en Posadas

Equipo de trabajo

Mag. Francisca Davalos

Lic. Martín di Marco

Lic. Marcela Garriga

Mag. Martin Langsam

Lic. Mariela Maticic

Lic. Mariano Salzman

1. Introducción

El presente artículo se inscribe en el creciente campo de investigación sobre implementación de políticas públicas socio-sanitarias. En este sentido, recoge antecedentes que indagan sobre los diversos obstáculos para el desarrollo de programas y planes sanitarios, a la vez que describe las circunstancias que lo favorecen o potencian. Particularmente, retoma la literatura especializada que se ha focalizado en programas de prevención y control de diferentes tipos de cáncer. Así, sin desconocer la relevancia de analizar la población objetivo, este proyecto abreva de investigaciones previas que se han enfocado en los equipos de salud como objeto de estudio.

De esta forma, esta investigación tiene por objetivo general detectar potenciales barreras y facilitadores a la implementación del Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana de Cáncer Colorrectal (PNCCR) en la zona sanitaria correspondiente a la ciudad de Posadas y formular posibles cursos de acción para hacer más efectiva su implementación. En función de este objetivo, se focaliza tanto en las representaciones sociales, opiniones y actitudes de los equipos de salud (promotores sanitarios, médicos clínicos y especialistas, enfermeros, técnicos, personal administrativo y de gestión, y funcionarios del área de salud) en torno al cáncer, como también las relaciones relevantes en torno a este Programa. Así mismo se buscó realizar un mapeo de los actores y relaciones relevantes para la imple-

Este artículo es un resumen del informe final del proyecto de investigación homónimo realizado por el equipo de la Secretaría de Ciencia y Técnica de la universidad. Dicho proyecto fue realizado en el marco de la Convocatoria del Instituto Nacional del Cáncer (INC) para la asistencia financiera a proyectos de investigación en cáncer de origen nacional 2104-2015. Los autores agradecen especialmente a al Dr. Ubaldo Gualdrini y a la Lic. Luciana Iummatto, director y coordinadora de Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana de Cáncer Colorrectal, y a la Lic. Luciana Ain, coordinadora del Área de investigación del INC.

mentación del programa en el contexto de la zona sanitaria de Posadas; y analizar la interacción / tensiones entre los actores mapeados y las posibles barreras y facilitadores en la implementación del PNCCR.

2. CCR en el mundo y en Argentina: datos básicos

Las enfermedades no transmisibles (ENT), principalmente las cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas, suponen el 43% de la carga mundial de morbilidad, calculándose que para el año 2020 esta cifra alcanzará el 60% y serán la causa de un 73% de las muertes. A la vez, estas mismas ENT son en la actualidad la principal causa de mortalidad mundial. De los 57 millones de defunciones que se produjeron en 2008 casi las dos terceras partes, se debieron a ENT, principalmente enfer-

medades cardiovasculares, cáncer, diabetes y enfermedades pulmonares crónicas (Abriata, 2012).

El cáncer, como segunda causa de estas defunciones, fue responsable de 7,6 millones de muertes en 2008, y se estima que tendrá un impacto creciente en las próximas décadas producto del envejecimiento de la población debido a la mayor expectativa de vida (Gualdrini e Iummato, 2012).

En Argentina el cáncer es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad. La incidencia de esta enfermedad en la Argentina para el año 2008, estimada por la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC por sus siglas en inglés) es de 104.859 tumores malignos nuevos, estimando así 206 casos nuevos por año cada 100.000 individuos. Esto ubica a nuestro país dentro del grupo de países con incidencia de cáncer media-alta (Abriata, 2012; Gualdrini e Iummato, 2012).

La incidencia estimada para la Argentina es mayor que la estima-

Gráfico 1
Incidencia y mortalidad de los principales tipos de cáncer en personas menores de 70 años en países de renta media y baja. 2012

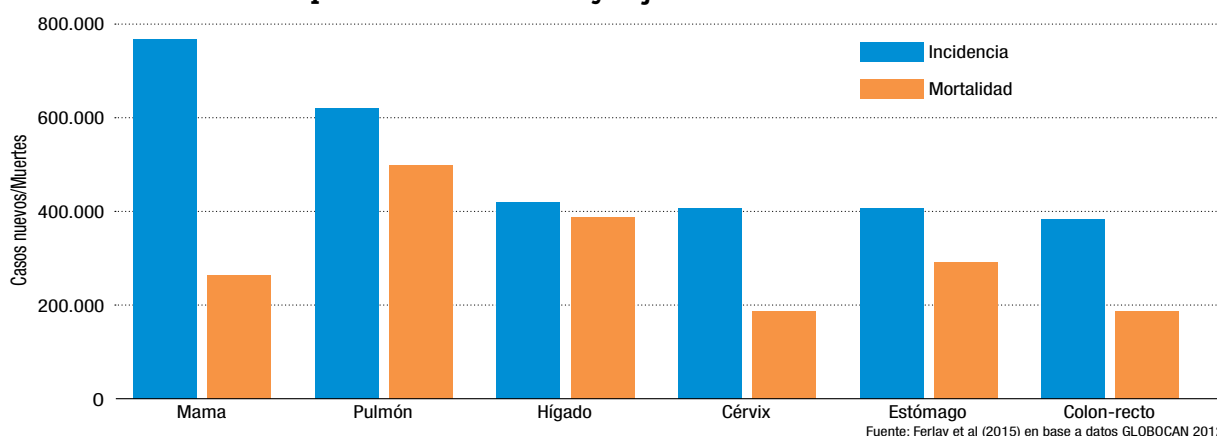


Tabla 1
Argentina: Distribución absoluta y relativa de casos incidentes de cáncer estimados por la IARC según localizaciones tumorales más frecuentes, 2012

| Sitio tumoral | Ambos sexos | | Hombres | | Mujeres | |
|--------------------|-------------------------|-------|-------------------------|-------|-------------------------|-------|
| | Promedio anual de casos | (%) | Promedio anual de casos | (%) | Promedio anual de casos | (%) |
| Mama | 19356 | 16,8 | | | 19386 | 32,2 |
| Colon-recto | 13558 | 11,8 | 7237 | 13,2 | 6321 | 10,5 |
| Pulmón | 11244 | 9,8 | 7690 | 14,0 | 3554 | 5,9 |
| Próstata | 11202 | 9,37 | 11202 | 20,4 | | |
| Cérvix | 4956 | 4,3 | | | 4956 | 8,2 |
| Riñón | 4068 | 3,5 | 2650 | 4,8 | 1418 | 2,4 |
| Páncreas | 3988 | 3,5 | 2650 | 4,8 | 2034 | 3,4 |
| Estómago | 3738 | 3,2 | 2374 | 4,3 | 1364 | 2,3 |
| Vejiga | 3546 | 3,1 | 2701 | 4,9 | 845 | 1,4 |
| Linfoma no-Hodgkin | 3039 | 2,6 | 1615 | 2,9 | 1424 | 2,4 |
| Leucemias | 2372 | 2,1 | 1369 | 2,5 | 1003 | 1,7 |
| Ovario | 2274 | 2,0 | | | 2274 | 3,8 |
| Esófago | 2263 | 2,0 | 1493 | 2,7 | 770 | 1,3 |
| Otros | 29528 | 25,6 | 13972 | 25,4 | 14860 | 24,7 |
| Total* | 115162 | 100,0 | 54953 | 100,0 | 60209 | 100,0 |

Fuente: SIVER/INC en base a los datos de Globocan 2012

da para el promedio de América Latina (163 casos cada 100.000 individuos), pero menor que la de Europa (264 casos cada 100.000 individuos) o Estados Unidos (300 casos cada 100.000 individuos). Sin embargo la carga de mortalidad es mayor que en estas regiones (Goss et al, 2013).

Entre las mujeres, el cáncer con mayor incidencia es el cáncer de mama seguido por el cáncer cuello uterino y el colorrectal (CCR); en el caso de los hombres el cáncer con mayor prevalencia es el de próstata seguido por el de pulmón y CCR. Ahora bien, si se toman los datos para ambos sexos de manera conjunta el resultado para el 2008 es de aproximadamente 11.000 nuevos casos de CCR (5.800 en hombres y 5.200 en mujeres), lo que ubica al CCR en

el tercer lugar de acuerdo a su incidencia con un 10,5% del total. La mortalidad por CCR en la Argentina ha disminuido en los hombres hasta el año 2002 para luego comenzar un periodo de ascenso a un ritmo de 0,6% anual. Por el contrario, en las mujeres la mortalidad por este cáncer disminuyó casi un 1% por año en los últimos 25 años (Gráfico 4).

Estas tendencias representan el comportamiento de la mortalidad por este cáncer en el total de la población del país. De esta forma, aunque en la mayoría de las jurisdicciones se registró una mortalidad en aumento por este cáncer en ambos sexos; en los hombres las tendencias fueron estadísticamente significativas en gran parte de las jurisdicciones del país y los PECA's mayores. Es decir que

Gráfico 2
Argentina: Tasas estimadas por la IARC de incidencia de cáncer para las principales localizaciones en mujeres ajustadas por edad según población mundial. 2012

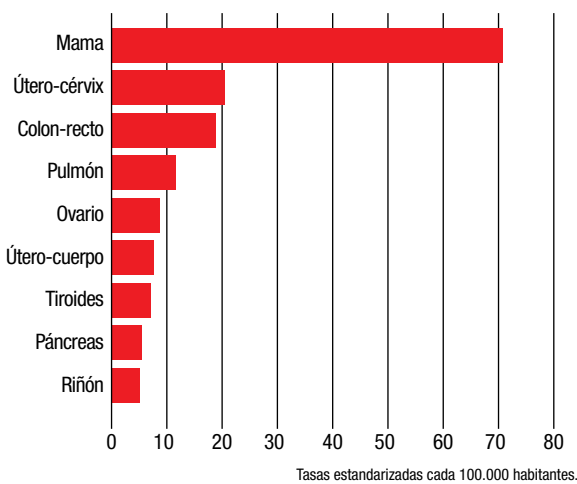


Gráfico 3
Argentina: tasas estimadas por la IARC de incidencia de cáncer para las principales localizaciones en varones ajustadas por edad según población mundial. 2012

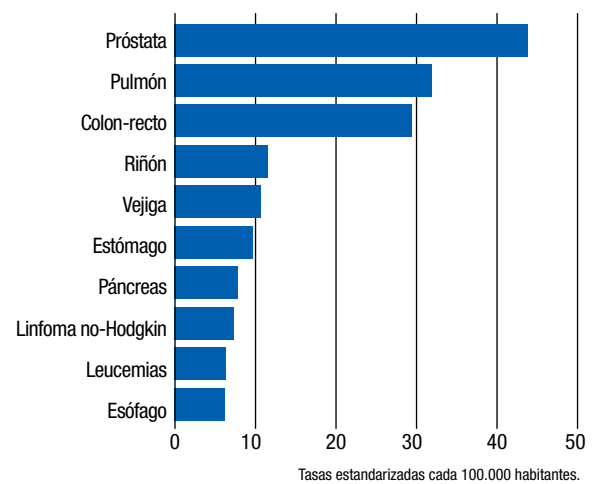
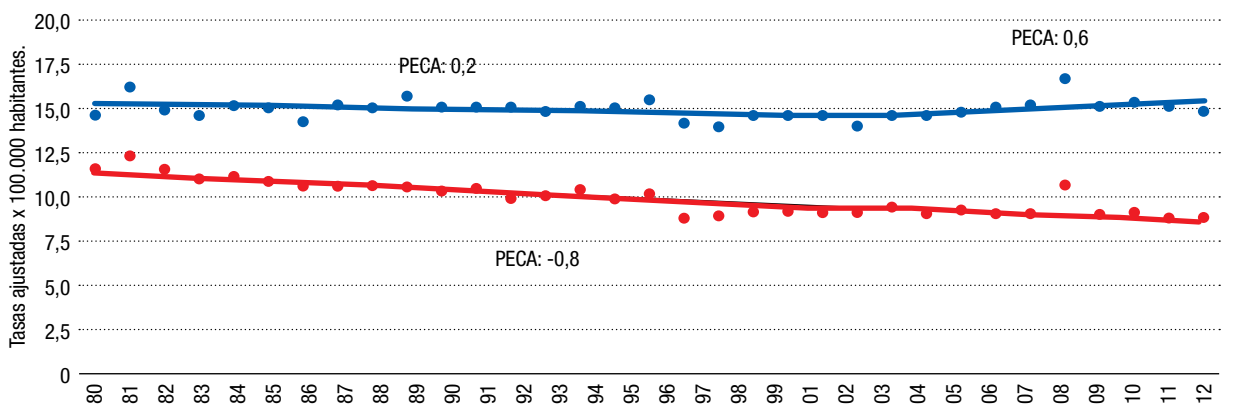


Gráfico 4
Tendencias de mortalidad específica por cáncer colorrectal en hombres y mujeres. Argentina, 1980-2012. Tasas estandarizadas por edad según población mundial por 100.000 habitantes



Fuente: SIVER/INC-Ministerio de Salud de la Nación en base a registros de mortalidad de la DEIS-Argentina, 2014

el incremento porcentual anual (PECA) ha sido mayor que en las mujeres (Tabla 2).

En este contexto, y dentro del Instituto Nacional del Cáncer¹ (INC) se desarrolla el Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana del Cáncer Colorrectal, el cual tiene como objetivo disminuir la incidencia y mortalidad debido a dicha enfermedad intentando instalar su control como prioridad en la agenda de salud pública, difundiendo y concientizando a la comunidad sobre la importancia de su prevención y detección temprana, buscando fortalecer los métodos de diagnóstico y tratamiento, mejorando los circuitos de derivación, seguimiento y tratamiento, y unificando criterios y establecer un sistema de información estratégica.

El PNCCR sustenta su accionar en la siguiente evidencia y consideraciones, entre otros:

- El CCR es uno de los tumores más factibles de prevenir. La progresión lenta del adenoma hacia el cáncer² favorece la realización de exámenes periódicos denominados de pesquisa para detectar y extirpar los pólipos, lo que permite prevenir la enfermedad con significativa disminución de la incidencia. Además cuando el CCR es detectado en una fase temprana, las posibilidades de curación son superiores al 90% y los tratamientos son menos invasivos.
- La reducción de la mortalidad por CCR asociada a la detección temprana, y la disminución de la incidencia del cáncer como consecuencia de la resección de los pólipos adenomatosos han sido demostradas en una serie de ensayos clínicos de buena calidad. Estos estudios aportan buena evidencia acerca del beneficio de

las medidas de prevención para reducir ambos parámetros³.

- En la práctica, en nuestro medio ya se han establecido y difundido procedimientos preventivos del CCR⁴. Sin embargo la implementación de programas preventivos está muy lejos de ponerse en práctica de manera regular en todos los habitantes.
- Para establecer estrategias de prevención y detección precoz es necesario identificar dos tipos específicos de pesquisa: la pesquisa “ocasional o individual” (cuando un individuo se presenta en un servicio sanitario) y la “sistemática o poblacional” (dirigida al conjunto de la población). En ambos grupos se deben analizar las ventajas de cada método sin dejar de lado las consideraciones sobre calidad, disponibilidad y costo-efectividad de las diferentes alternativas. Esto es fundamental especialmente en la pesquisa poblacional, donde debe asegurarse la accesibilidad a toda la comunidad, adaptándose a la realidad de cada población y sistema de salud.

Dentro del componente de prevención y detección temprana, es necesario identificar dos tipos específicos de pesquisa: la pesquisa “ocasional o individual” (cuando un individuo se presenta en un servicio sanitario) y la “sistemática o poblacional” (dirigida al conjunto de la población). En ambos grupos se deben analizar las ventajas de cada método sin dejar de lado las consideraciones sobre calidad, disponibilidad y costo-efectividad de las diferentes alternativas. Esto es fundamental especialmente en la pesquisa poblacional, donde debe asegurarse la accesibilidad a toda la comunidad, adaptándose a la realidad de cada población y sistema de salud.

El PNCCR comenzó su implementación en marzo de 2014 con una de las dos pruebas piloto de tamizaje poblacional previstas en las

1 El Instituto Nacional del Cáncer de la Argentina (INC) es un ente dependiente del Ministerio de Salud de la Nación. Fue creado el 9 de septiembre de 2010 por Decreto Presidencial 1286/10. Es la institución responsable del desarrollo e implementación de políticas de salud, así como de la coordinación de acciones integradas para la prevención y control del cáncer. Su principal objetivo es disminuir la incidencia y mortalidad por cáncer en Argentina, a la vez que mejorar la calidad de vida de las personas afectadas.

2 En más del 80 % de los casos de CCR se produce primero un pólipo, denominado adenoma, que puede crecer lentamente durante más de 10 años, hasta transformarse en un cáncer colorrectal. (Gualdrini e Iummatto, 2012).

3 EL PNCCR selecciona una serie de trabajos mencionados por el Programa Argentino de Consenso de Enfermedades Oncológicas (2010): Guía de recomendaciones para la prevención y detección precoz del cáncer colorrectal. Programa Nacional de Consenso Inter-Sociedades. Academia Nacional de Medicina. Mimeo. Estos trabajos se mencionan al final de la presente propuesta.

4 En este caso los trabajos mencionados son los de Gualdrini et al, (2005), ya mencionado y el de Fernandez et al (2005), ambos publicado en la revista Acta Gastroenterológica Latinoamericana.

Tabla 2

Argentina: Mortalidad por CCR en 2001-2011.

Tasas estandarizadas según población mundial por 100.000 habitantes y porcentaje estimado de cambio anual e intervalo de confianza del 95%

| Jurisdicción | Hombres | | | | Mujeres | | | |
|--------------|----------|------|-----------|----------|----------|------|-----------|----------|
| | TEM 2001 | PECA | IC 95% | TEM 2011 | TEM 2001 | PECA | IC 95% | TEM 2011 |
| Centro | 16,45 | 0,2 | -0,3; 0,7 | 16,26 | 9,67 | -0,4 | -1,0; 0,2 | 9,18 |
| Cuyo | 10,51 | 2,0 | 0,2; 3,9 | 13,07 | 8,02 | 0,1 | -1,0; 1,1 | 8,47 |
| NEA | 9,23 | 3,2 | 1,4; 5,0 | 11,69 | 6,96 | 1,2 | -0,7; 3,1 | 7,34 |
| NOA | 5,54 | 4,5 | 1,7; 7,3 | 7,58 | 4,67 | 2,1 | 0,3; 3,8 | 4,82 |
| SUR | 15,48 | 1,0 | -4,6; 6,9 | 19,24 | 8,71 | 0,4 | -1,3; 2,1 | 9,05 |
| Argentina | 14,43 | 0,7 | 0,4; 1,0 | 15,05 | 9,00 | -0,1 | -1,0; 0,4 | 9,05 |

(TEM) tasa estandarizada de mortalidad
(PECA) porcentaje estimado de cambio anual

Fuente: SIVER/INC en base a datos de la DEIS. Argentina, 2013.

de programas de tamizaje poblacional, específicamente de CCR. Para ello se indagó la temática a través de la bibliografía existente y de entrevistas en profundidad con informantes claves: expertos locales y extranjeros, y actores sociales -ONGs- vinculados con programas de prevención en salud. En ambos casos se procuró relevar las experiencias de programas similares, indagando en los obstáculos y facilitadores para su implementación. En segundo lugar, se procedió a la elaboración de un mapeo de los actores relevantes para el PNCCR en el contexto en el cual se implementa. Finalmente, se llevó a cabo el relevamiento en campo de representaciones y opiniones de los equipos de salud sobre el funcionamiento del mismo.

4.1. Mapa de actores

El mapeo de actores es una herramienta metodológica cuya finalidad es identificar quiénes son los actores clave en un determinado caso de estudio, programa o plan, además de poder identificar sus intereses y su capacidad de influenciar el desarrollo de diversas acciones (Pozo Solís, 2007). Se realizó un mapa de actores específico para la experiencia de tamizaje poblacional piloto en la ciudad de Posadas, identificado qué actores sociales están involucrados, sus percepciones e intereses, y las relaciones entre ellos. Esto permitió contrastarlo con la información relativa al circuito de atención, según fue diseñado por el PNCCR. La estrategia metodológica para elaborar el mapeo de actores consistió tanto en el relevamiento de fuentes secundarias (normativa, iniciativas provinciales de programas de prevención, guías de recomendaciones propuestas por sociedades científicas, colegios médicos y ONGs relacionados con la temática), como de la realización de entrevistas con informantes claves del sistema a nivel internacional, nacional y local.

4.2. Entrevistas en profundidad previas al trabajo de campo

Previamente al trabajo de campo se realizaron 12 entrevistas en profundidad a informantes clave, tanto expertos académicos como miembros de ONGs y del Ministerio de Salud de la Nación. Éstas

tuvieron el fin de contribuir a la configuración del mapa de actores relevantes para la implementación del PNCCR. A su vez, la información recabada mediante estas entrevistas previas constituyó un insumo para reformular las guías de pautas de los grupos focales y entrevistas en campo. Las entrevistas fueron realizadas entre octubre y noviembre del año 2014.

4.3. Entrevistas en profundidad y grupos focales

El universo de estudio corresponde a los equipos de salud relacionados con las actividades de promoción, prevención diagnóstico y tratamiento del CCR de la Zona Sanitaria Capital de la provincia de Misiones, correspondiente a la ciudad de Posadas y sus alrededores. El equipo médico es considerado en sentido amplio, incluyendo a los promotores de salud, enfermeros y médicos de atención primaria, bioquímicos y técnicos de laboratorio, médicos dedicados a la consejería en el 2do nivel de atención, médicos especialistas (gastroenterólogos, endoscopistas, cirujanos, patólogos y oncólogos), y también el personal administrativo y los responsables de gestionar estos servicios.

El trabajo de campo en la ciudad de Posadas fue realizado en noviembre del año 2014. Durante este tiempo, se realizaron 5 grupos focales, segmentados de acuerdo a su rol funcional previsto por el PNCCR y el nivel de atención sanitaria. La segmentación efectuada apuntó a identificar similitudes y diferencias entre las representaciones y valoraciones de cada grupo a partir del nivel de atención en el que cada miembro del equipo de salud se desempeña. Por otra parte, en casos específicos en donde la realización de grupos no fue posible por razones logísticas (particularmente en el HEA Dr. R Madariaga) se realizaron 11 entrevistas en profundidad, 11 de ellas individuales y 1 grupal.

Los grupos focales fueron coordinados por los miembros del equipo, diferenciando las funciones de moderador, transcripción y codificación de los resultados. Las tareas de reclutamiento de los participantes de los grupos focales fueron gestionados de manera conjunta entre el equipo de investigación y referentes de la Zona Sanitaria Posadas local. En el caso del trabajo de campo en el Hospital Madariaga, al no ser posible la realización de grupos, se

Tabla 3
Síntesis de relevamiento cualitativo en campo

| Método | APS / CAPS | HEA Dr. R Madariaga | Total |
|-----------------------------|------------|---------------------|-------|
| Grupos Focales | 5 | 0 | 5 |
| Entrevistas individuales | 1 | 10 | 11 |
| Entrevistas grupales | 0 | 1 | 0 |
| Total personas involucradas | 42 | 13 | 55 |

Fuente: elaboración propia

reformuló el diseño optándose por la realización de entrevistas en profundidad a referentes de cada segmento.

El registro de los grupos focales se realizó tanto en forma manual como a través de dispositivos móviles, los cuales permitieron relevar en audio la totalidad de los grupos así como también registrar las notas de los mismos. La información obtenida se organizó en una grilla, la cual constituyó el insumo básico para el análisis de representaciones sociales.

Aunque no previsto en el diseño de investigación originario del proyecto, se propuso y realizó una segunda aproximación al campo. La misma consistió en una observación participante efectuada a través del acompañamiento a los registradores del PNCCR en su recorrido habitual por los CAPS. Esta estrategia metodológica apuntó a complementar, contrastar y enriquecer la información obtenida en el trabajo de campo previo, en particular lo referente al funcionamiento del PNCCR en la Zona Sanitaria Capital, mediante la observación directa de la dinámica espontánea en uno de los eslabones críticos del proceso de tamizaje poblacional. La observación fue efectuada en febrero del año 2015 y comprendió la visita a los CAPS 23, 29 y 33 y los Hospitales Fátima y Favaloro.

5. Resultados: representaciones sociales de los equipos de salud

En esta sección nos explayamos sobre las representaciones de los equipos de salud (promotores sanitarios, médicos clínicos y especialistas, enfermeros, técnicos, personal administrativo y de gestión, y funcionarios del área de salud) en torno al cáncer en general, el CCR en específico, y su detección temprana; sobre la población objetivo del PNCCR; y sobre el PNCCR (actores clave, comunicación, reclutamiento, TSOMF, seguimiento).

5.1. Representaciones sociales acerca del cáncer en general, del CCR y Su detección temprana

Hablar de cáncer sigue siendo un tema tabú. Nombrado con eufemismos, parece ser una suerte de palabra conjuro que con tan sólo pronunciarla, lo atrae. Así mismo, está presente la idea que tocarlo físicamente lo despierta, activa o desparrama.

Por otra parte, cuando se habla de cáncer no hay grises. Se presenta como una única enfermedad, más allá de su localización, nivel de riesgo y capacidades subjetivas para afrontarlo. La falta de matices impide pensarlo como un proceso; se impone la idea de estar *tomado* por un agente extraño, potencialmente mortal, con quien se encara una lucha encarnizada, a matar o morir. Esta polarización entre el yo (el bien) y el cáncer (el mal) disocia al paciente,

que se percibe débil y vulnerable ante esta suerte de monstruo que lo coloniza hasta quedarse con su cuerpo.

Ahora bien, ser parte de los equipos de salud es estar del lado del “bien”. En el personal de los equipos de salud, conviven el capital informativo que tienen y los hace parte de una comunidad científica, con las creencias que los tienen, los habitan, por compartir una cosmovisión. Esta situación, entendemos, tiene un efecto ambivalente a la hora de conectar con la población objetivo del programa. Por un lado, el personal de salud, atravesado por los mismos pre-conceptos y resistencias, no siempre consigue encarar su labor libre de prejuicios e inhibiciones. Por otro, compartir este código común sirve como puente con los pacientes, permitiendo generar un vínculo más empático.

La actitud con la que el personal sanitario encara su misión preventiva, guarda estrecha relación con lo que Andrea Jait (2014), en su análisis de la construcción mediática del cáncer a través de contenidos difundidos por la prensa escrita, y siguiendo a S. Sontag⁷ define como “metáfora militar.” Jait releva distintas inflexiones discursivas donde esta metáfora se hace presente: “las células cancerosas ‘invaden’ o ‘colonizan’ zonas remotas del cuerpo, el cáncer es la enfermedad ‘que mata’, se entabla una ‘lucha o cruzada’ contra el cáncer; el tratamiento apunta a ‘matar las células cancerosas, más aún, la radioterapia ‘bombardea’ al paciente con rayos tóxicos y la quimioterapia es una ‘guerra química’, en la que se utilizan sustancias tóxicas.” Desde la labor preventiva, el personal sanitario —particularmente el administrativo—, se posiciona asumiendo la postura de soldado en guardia, no sólo ante la enfermedad sino también, particularmente, respecto de otros actores involucrados en el Programa: “*La persistencia de estar al pie del cañón, es nuestra metodología [...] Nosotros estamos en la línea de fuego y tenemos una presencia continua en los CAPS y con los promotores, para que el programa funcione.*” (Entrevista a Personal administrativo y de gestión).

Siguiendo esta perspectiva, podemos pensar que la *metáfora militar* no favorece ni a los pacientes ni al Programa. Respecto de los pacientes, empuja a cierta disociación en tanto el cáncer se lee como algo ajeno a uno mismo que desde el interior de su cuerpo, lo “invade” y “ataca” con intenciones de “tomarlo”. Esto no favorece la implicación: la declaración de guerra a matar o morir está planteada, perdiéndose la oportunidad de pensar al cáncer como —por ejemplo— una advertencia, una señal, o un desequilibrio. En relación al Programa, el personal administrativo queda posicionado como guardián, “luchando” frente a los guardianes de la salud.

⁷ “La metáfora militar sirve para describir una enfermedad particularmente temida como se teme al extranjero, al ‘otro’, al igual que el enemigo en la guerra moderna; y el salto que media entre demonizar la enfermedad y achacar algo al paciente es inevitable, por mucho que se considere a éste como víctima. Las metáforas militares contribuyen a estigmatizar ciertas enfermedades y, por ende, a quienes están enfermos.” En: Sontag S. (1998: 98) *La enfermedad y sus metáforas*. Buenos Aires: Taurus.

Ninguna de las metáforas ayuda a apaciguar; por el contrario, desgastan a todos los que terminan por convertirse, en el mejor de los casos, en sobrevivientes.

Sobre el CCR y su detección temprana, en particular, existe consenso entre el personal sanitario acerca de los beneficios de una detección precoz puesto que es un tipo de cáncer que ofrece potencialmente diez años de ventaja para detectarlo, pero una vez declarado no da tregua. En este sentido, la sensación que los atraviesa no es, como en otros tipos de cáncer, la de estar trabajando contra reloj, sino que el esquema se construye entre un “con tiempo” versus un destiempo irremediable e irreversible una vez que el cáncer se activa. Por otra parte, a diferencia de otras patologías asociadas con el sistema excretor, así como también en contraposición a otros cánceres (como el de pulmón), no se identifican para el CCR estrategias preventivas más allá de los estudios diagnósticos y de detección precoz.

5.2. Representaciones sociales acerca de la población objetivo del PNCCR

El personal de los equipos de salud detecta una importante resistencia en la población en torno a querer saber sobre el cáncer, particularmente en la población objetivo del programa, menos cercana a desarrollar prácticas preventivas que la población más joven.

Los agentes de salud advierten que la prevención no es un tema suficientemente instalado en la población, que tiende a actuar sobre cosas ya consumadas y que las personas acuden a los centros asistenciales recién al sentirse incapacitada por un dolor. La ausencia de síntomas mantiene a la población distanciada de los centros asistenciales: *“Cuesta mucho que la gente venga al CAP cuando no se siente mal. Sobre todo la gente grande, cuando se siente bien no quiere ni ver un médico.”* (Grupo de Personal de Enfermería de CAPS y Centros de Salud). Señalan además que, en ocasiones, ante la insistencia de los Promotores de Salud, o la estrategia aplicada por algunos programas de movilizarse literalmente hacia la población, algunas personas acceden a realizarse estudios diagnósticos, sin embargo no retiran los resultados.

Así, los agentes sanitarios tienden a sentirse frustrados y agotados por estar *“remando contracorriente”*. *“Si el tema sale, aprovecho para comentarle sobre el Programa; cuando el paciente se niega no le insisto pero le sugiero pensarlo, y si me acuerdo, en la próxima vez que lo veo le vuelvo a preguntar si lo estuvo pensando.”* (Entrevista Médica Clínica Consultorios Externos Zona Capital). Cuando se percibe que todo este esfuerzo y tiempo invertido, termina por afectar la posibilidad de atender en tiempo y forma al caudal de demanda que se registra en los centros, lo urgente -lo curativo-, termina ganando por sobre la prevención.

Las resistencias de por sí despertadas ante cualquier estudio diagnóstico, se recrudescen cuando en el horizonte se presenta la colonoscopia, el paso siguiente a un TSOMF positivo. El verbo utilizado para hacerse el estudio habla de impotencia y sumisión: a una colonoscopia, nadie quiere someterse. La advertencia de “eso no se toca” que pesa sobre el cáncer, resurge con vigor en esta zona erógena. De manera aislada, surge además la confusión semántica entre colonoscopia y colostomía, exacerbando los fantasmas más angustiantes.

Los agentes sanitarios adjudican gran parte de estas resistencias a que en la población quedan resabios acerca de la antigua práctica de colonoscopia mucho más invasiva y con una recuperación más lenta post estudio: *“Los pacientes llegan con miedo por rumores de vecinos y familiares que se hicieron colonoscopías como se hacían antes.”* (Entrevista a enfermero de Gastroenterología Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga).

El personal sanitario sugiere alentar a los pacientes que hayan atravesado por el estudio para que funcionen como difusores informales en su círculo de pertenencia, ayudando así a renovar el imaginario para diluir los residuales traumáticos asociados con la práctica antigua. Hemos detectado que las mujeres muchas veces se convierten en *carriers* espontáneos en relación a sus padres, esposo, hermanos. El boca a boca se corrobora como la vía de difusión, incluso de captación, muy potente.

Lo cierto es que, más allá de la racionalización y la verificación de un menor malestar físico gracias a las nuevas técnicas, lo que no se consigue sortear es el malestar emocional asociado a la pérdida de intimidad, la impotencia y la humillación de sentirse “sometido” y sobre-expuesto, en una posición de “entrega”, a regañadientes concedida. Se trata de una escena que despierta perturbadoras sensibilidades y fantasías, en torno a una zona naturalmente destinada a que lo “impuro” se expulse bajo control y voluntad, asociada con lo obscuro, y que genera una dosis de pudor precursora de una fuerte ansiedad.

Como estrategia para que el paciente pase de una posición de desvalimiento a otra de empoderamiento, distintos agentes de salud indagados esbozan la idea de presentar la posibilidad de hacerse el estudio como un “derecho adquirido” del paciente. Proponen comunicar, por ejemplo, que participando del programa se accede en forma gratuita y expeditiva a un diagnóstico precoz con tecnología de avanzada, y sin intromisión del proceso engorroso de autorización por parte de las obras sociales.

5.3 Representaciones sociales acerca del PNCCR

Como observación macro, es importante subrayar que el involucramiento de los distintos actores en el Programa depende más de

sus habilidades, intenciones e intereses personales que del cargo o posición profesional que ocupan. Esto condiciona una gran heterogeneidad en el modo en que cada CAPS da curso al programa: el rol no siempre coincide con el actor previsto. Lo anterior supone que los *data entries* deben familiarizarse con el modus operandi y las personalidades de los actores de los CAPS hasta encontrar aliados estratégicos que muevan el Programa, ajustándose con flexibilidad y cintura a cada dinámica.

La detección del referente que va a operar como aliado estratégico en cada CAPS muchas veces es por ensayo y error, lleva tiempo y requiere paciencia y sensibilidad. En el CAPS 23 por ejemplo, participamos de una reunión de inducción conducida por un *data entry* junto a dos promotoras de salud y una asistente social que fue detectada como colabora más activa e interesada. Los actores capacitados formalmente, según lo planificado por el Programa, pueden no ser quienes efectivamente lo hagan funcionar dentro del CAPS, por lo que se requieren sucesivas capacitaciones.

Acerca de la comunicación

La palabra cáncer presente en los afiches, como es sabido, es de doble filo: concientiza pero también repele. Es posible conjeturar que, al ser un tema del que no se quiere saber, el esfuerzo para que un afiche sea advertido y leído, es mayor. La disponibilidad de folletería es positiva ya que permite leerlo en un contexto más íntimo, así como también en algunos casos llegar hasta los hogares. Usar el folleto como recibo para el paciente ayudaría a que la comunicación llegue a las casas y opere como disparador para difundir la experiencia de quienes han pasado por el programa.

Los *data entries*, cuando recolectan las fichas, trabajan como guardianes en la difusión en tanto se ocupan de verificar que la comunicación esté visible, confirmar que se cuentan con suficientes folletos, distribuir activamente los mismos en áreas clave. En todos los CAPS encontramos dispuestos afiches visibles comunicando el programa.

Ahora bien, tratándose de un tema densamente poblado de mitos, parece crucial que tanto los afiches como el discurso de los distintos agentes de salud, cooperen para remitificar la temática de modo de ayudar a instalar la importancia de la prevención. Pues que exista conocimiento técnico y científico no alcanza para disuadir creencias que se compaginan originando los mitos tanto en los pacientes como en los agentes de salud. Por otra parte, creemos importante reforzar con argumentos acerca de por qué se ha establecido una edad de base y otra de tope para participar del Programa, ya que en ocasiones se interpreta como caprichoso, o fundamentado en intereses propios de la oferta.

Respecto del tono, resulta amable y cercano. Mientras que la paleta cromática (verde, celeste, púrpura) ayuda a trabajar en la línea

de lo vital y la armonía, las fotografías proponen empatía desde escenas vinculares relajadas y afectivas que sugieren bienestar y contención. Sin embargo, entendemos que la información continúa siendo formal y algo solemne, y en este sentido, débil para contagiar entusiasmo. Parece necesario además, que la institución emisora dé su punto de vista acerca de cómo hay que posicionarse ante el tema, con mensajes que interpelen más y mejor, empoderando al receptor. Por ejemplo: “Hay 10 años para poder hacer cosas. Cuántas cosas podés hacer en diez años?” / “Lo que tiene sentido no es ser un combatiente ni un sobreviviente, sino vivir mejor.”

Acerca de los medios, distintos actores refirieron que la aparición de la temática en televisión, se disparó la demanda de manera espontánea. Incorporar un plan de prensa que incluya medios radiales y televisivos parece fundamental para entrar mejor a los hogares y generar propagación. Además, diferentes referentes indagados coincidieron en que son más y mejores los tamizajes en los programas que se activan desde campañas que anuncian un lapso de tiempo: aunque el programa siga corriendo, “hacer ruido” de manera estacional, ayuda a que la gente no lo posponga y sienta que tiene una oportunidad más que una obligación.

Por otra parte, resulta crucial que la comunicación pueda traspasar los muros de las instituciones de salud, pues para gran parte de la población objetivo éstas se interpretan como instituciones asociadas a la enfermedad. El personal administrativo y de gestión propone salir más a los barrios con afiches o carteles que se distribuyan en medios de transporte público, los almacenes, las iglesias u otros espacios de uso colectivo.

Para la trazabilidad del proceso parece importante comprometer más al paciente que atravesó por el programa como difusor informal en su círculo; por ejemplo, entregándole algún símbolo que lo haga sentir parte de algo importante en relación al bienestar de su comunidad: el lacito verde, alguna credencial. Esto posiblemente aumente las chances del re-test en un año.

Acerca del reclutamiento

Todos los agentes de salud indagados, coinciden en que, por su propuesta activa hacia la comunidad, es un programa que viene a “romper estructuras” (Entrevista a Personal administrativo y de gestión). Acuerdan también en la relevancia de la temática, sin embargo no es prioridad en la agenda sanitaria local.

La oficina de gastroenterología destinada al Programa, ubicada en el HEA R. Madariaga, parece resultar la vía de acceso más caudalosa. Los promotores por el contrario, primer eslabón del circuito, parecen estar poco informados, cuestión que repercute en la motivación. El personal administrativo y de gestión del HEA R. Madariaga señala que se necesita “meterles presión para que traigan gente”. Con

este objetivo, han estipulado una meta de dos tamizajes por semana per cápita, sin embargo no hay claridad sobre las posibles consecuencias si esto no sucede. Si bien reconocen que los promotores trabajan también en otras campañas que les quitan prioridad, con las que probablemente se sientan más cómodos porque son más conocidas y, en algunos casos, aluden más a la “vida” (vacunación y salud materno -infantil). Esto implica que si la población objetivo no va al CAPS o al hospital, no les “llega” el programa. Sería aconsejable llevar una métrica acerca de quién y dónde captó a la persona que se hizo efectivamente el test o fue directo a colonoscopia. Eso podría dimensionar de manera más exacta el impacto del trabajo de los promotores de salud, los cuales son, por cómo está planteado el tamizaje, claves en el éxito del mismo.

A decir del personal administrativo y de gestión, quienes se muestran más motivados y activos a la hora de tamizar son los enfermeros; aseguran que cuando los médicos empoderan a los enfermeros, éstos tienden a ser muy colaborativos. El caso ejemplar es el de una enfermera que aprovecha cuando acude una embarazada en compañía de madre o suegra, para el tamizaje a ésta última. Así, no opera siempre sobre el paciente que llega a la consulta, preocupado por otras prioridades, sino que recluta de manera colateral.

Los laboratoristas opinan que muchos servicios están con las agendas colapsadas, con sobretornos y los médicos, como ya se señaló, están abocados a “apagar los incendios” por lo que lo urgente le termina ganando a la prevención. Los médicos completan apenas el *multiple choice*, o con esfuerzo los datos personales con caligrafía muchas veces ilegible, máxime para poder ser leída carbónica mediante sobre un papel de color volviendo engorrosa la tarea de cargar la Consideramos que en ésta podrían agregarse detalles acerca de quién reclutó para poder incorporarlo en las métricas, generando sentido de pertenencia a una causa común, y registrando qué actores resultaron mejores reclutadores. Por otra parte, dado que la mayor parte de las veces las fichas no son completadas por los médicos, formalizar si esto es posible (y/o deseable) a fines de despejarlo y validarlo, dado que no está claro si se incurre en una “infracción” cuando el médico solamente firma lo completado por otro agente.

Como tema tangencial al Programa pero con impacto en el mismo, se evidenció que el personal de los consultorios externos Zona Capital tiene cierto recelo por no haber sido incluidos en el “hospital Nuevo” (HEA Dr. R. Madariaga). A raíz de esto, se refiere al Hospital Escuela -donde se centraliza el Programa- como “el allá” que monopoliza la información (que es poder), y que queda desarticulado del “acá”, con el que se tiene escaso intercambio. Una de las consecuencias para el Programa, es que *“Cuando los pacientes entran en el sistema los perdemos; en teoría somos parte del programa pero en la práctica después es un agujero negro, no tenemos información acerca de cómo va la cosa”* (Entrevista a médica clínica

consultorios externos zona capital). Esto parece confinarlos a una posición degradada de reclutadores, socavando su entusiasmo en la colaboración con el mismo.

Por otro lado, la falta de organicidad se refleja en que la mayoría de los actores no logra conceptualizar cuál es su rol y aporte a la totalidad del programa. La intervención puntual de cada agente es parte de un continuo sin agenda ni metas claras compartidas. Excepto la Jefa del Servicio de Gastroenterología, quien planteó 200 tamizajes mensuales como cifra satisfactoria razonable, nadie logró dar precisiones acerca de los números esperados. En consecuencia, el criterio de éxito se define servicio a servicio, o incluso persona a persona. Por ejemplo, para las Navegadoras y el Personal administrativo y de gestión, el éxito pasa por tener casos cerrados gracias a la centralización. En cambio, para el Enfermero de Gastroenterología, la medida de éxito pasa por que los pacientes cambien su percepción acerca de hacerse una colonoscopia después de habérsela practicado, y se transformen en difusores positivos en su entorno.

A falta de una construcción clara que de luz acerca de los aportes personales a la causa colectiva, algunos actores perciben al PNC-CR como una recarga de trabajo, un peso más con el que lidiar. Por el contrario y desde una posición más holística, el posible último eslabón del proceso (Personal del Servicio de Oncología) advierte que si bien este tipo de programas puede aumentar en lo inmediato su carga de trabajo, en el mediano y largo plazo representa un ahorro, porque el paciente llega más preparado tanto desde lo logístico, como desde lo emocional: más informado, menos ansioso y más empoderado por haberlo “agarrado a tiempo”.

Por último, entendemos que los puntos de entrada al programa podrían ampliarse y mejorarse, por ejemplo en admisión, o en ciertos controles por los que pasan todos los pacientes (como el riesgo cardíaco, o peso y talla), dejando a cargo de enfermeros y técnicos la misión del fichado de modo que los médicos releven sólo los aspectos clínicos, distribución de tareas que de hecho ya se hace en algunos centros. El llenado de la ficha no jerarquiza al personal médico, pero sí a enfermeros y, en menor medida, laboratoristas. Esto inyectaría entusiasmo en los últimos y alivio entre los primeros. Habrán de considerarse, idealmente, diferencias de personalidad, actitud y habilidades del personal de cada CAPS, para armar tipologías o perfiles que permitan programar puntos de entrada distintos.

Acerca del Test de Sangre Oculta en Materia Fecal (TSOMF)

Todos los actores sanitarios indagados coinciden en que la simplicidad que aporta el test facilita el tamizaje enormemente. Por otra parte, sienten cierto orgullo por disponerlo antes que los efectores privados de salud.

Sin embargo, un primer aspecto a considerar, es que para la población lleva tiempo acostumbrarse a que un test diagnóstico pueda ser tan simple. Muchos pacientes que obtienen resultado inadecuado, por ejemplo, lo saturan porque temen no haber recolectado una muestra suficiente. Otros repiten el test para reasegurarse el mismo resultado. Algunos pacientes se informan sobre el TSOMF en el CAPS, sin embargo el test lo concretan a través del hospital; incluso en algunos casos replican (o triplican) la toma usando al hospital como re-chequeo, por considerarlo una institución más fiable e idónea.

Parece necesario recalcar la necesidad de que los CAPS realicen no sólo la difusión sino también todo el proceso con idoneidad, así como también asegurarse que la entrega del test se acompañe de modo oral y/o escrito con explicaciones que disipen todas las dudas que los pacientes fueron consultando.

Un punto que reviste gran importancia, es que no todos los entrevistados expresan claramente su conocimiento sobre la población objetivo. Algunos entrevistados, particularmente enfermeros de CAPS, indican el TSOMF para personas con síntomas. Como consecuencia, el índice de casos positivos sobre todo en un primer tramo de implementación del PNCCR, ha sido significativamente superior al esperado. Esta falta de correcta discriminación generó además una demanda en aluvión a la que no se pudo responder acabadamente en los inicios de la implementación, aunque esto logró ser en gran medida corregido: *“Como toda prueba piloto, uno hace la oferta y la demanda crece. Al principio no dábamos abasto con los colectores. Ahora ya estamos bien.”* (Personal de Laboratorio HEA Dr. R Madariaga).

Así también algunos pacientes, conocidos en la jerga del Servicio de Gastroenterología como “los mentiritos”, no declaraban sus síntomas con la expectativa de ingresar en el circuito de diagnóstico y tratamiento priorizado por el Programa gracias al test. De esta forma no esperaran el turno para colonoscopia brindado desde Gastroenterología -que registra demoras en el estudio de riesgo cardíaco para anestesia, y cuello de botella en el estudio de colonoscopia por escasez de anestesistas disponibles-, o bien para evitar la burocracia de las obras sociales que piden muchos requisitos para autorizar este tipo de estudios.

El HEA Dr. R Madariaga está perdiendo centralización en los análisis de los tests, dispersándose en laboratorios donde se siguen diferentes criterios en la recepción de los pacientes y devolución de los resultados. Es decir que se han producido cambios respecto de la implementación original del circuito: la idea de que viaje la muestra y no la persona no se está cumpliendo en los CAPS. Actualmente ya no están viajando las muestras sino los pacientes. Por un lado, se trata de un ajuste que parece haber resultado conveniente para hacer sostenible el proceso. Sin embargo, los pacientes

deben apersonarse como mínimo y, en el mejor de los casos, tres veces hasta obtener el resultado del TSOMF. Cuando la toma está inadecuada (por ejemplo, saturada) la necesidad de sumar más idas puede generar frustración y/o convertirse en una buena excusa para la deserción.

En relación a los equipos, la paulatina pérdida de centralidad parece estar obstruyendo la posibilidad de ver al proceso como un todo. Esta atomización, disgrega la sensación de pertenencia y aporte a una causa común.

Entre los Promotores de Salud no están claras las implicancias de un resultado positivo del test. En varios casos se asume que un positivo es igual a cáncer, y así parecen transmitirlo a la población objetivo. El positivo también resulta conflictivo para algunos médicos y enfermeros, quienes si bien no lo leen como presencia de cáncer, no siempre consiguen dar una explicación asertiva al paciente. Adicionalmente, para muchos promotores no está claro el circuito que le aguarda al paciente luego de un positivo en el test. Si bien su rol formalmente finaliza allí, esta carencia de información acrecienta la incertidumbre de los pacientes que, de por sí alta, socava las posibilidades para convencer al paciente que se efectúe el test. Por otra parte, público referido por los data entries como “clase media”, inicia el proceso en los CAPS pero al momento de tener que someterse a la colonoscopia prefiere hacerlo a través de efectores privados, aprovechando la Obra Social. Esto queda al margen de las estadísticas.

En cuanto a la lectura del resultado del TSOMF algunos pacientes interpretan el positivo como signo de tener cáncer (así como obtener un positivo en un test de embarazo, indica estar embarazada), lo que genera situaciones de angustia difíciles de manejar por algunos de los actores sociales que entregan los resultados (por ejemplo, entre los administrativos de laboratorios). Dado que un positivo tiene resonancias dramáticas pero restarle importancia con ánimos de tranquilizar al paciente puede conducir a que éste desestime el proceso y deserte, resulta necesario salir del binomio sentencioso positivo/negativo con otros denominadores que ayuden a generar idea de proceso y colaboren en aliviar las ansiedades. Por ejemplo, nombrar al negativo como “finaliza el proceso de estudio” (lo repite en un año) y al positivo como “es necesario continuar con otro estudio” (colonoscopia). El material comunicacional podría representar gráficamente todo el proceso, informando sobre las consecuencias de cada fase. Por otra parte, parece central capacitar a quienes comunican los resultados a través de un protocolo de devolución.

Acerca del seguimiento

La prosecución del proceso luego de un positivo se percibe fluida en términos generales: la articulación con otras áreas una vez que

hay positivos tampoco ha representado problemas. El único cuello de botella parece ser la escasa disponibilidad de anestesiistas para las colonoscopias. En este sentido habría que evaluar si es pertinente ampliar la captación.

En relación a la interacción con los Servicios de Patología y de Oncología, según el personal encargado de aconsejar y orientar a las personas cuyos resultados del TSOMF fueron positivos, no es demasiado necesario porque sólo necesitan interactuar con Patología cuando tienen dudas acerca de un resultado, lo cual no ocurre generalmente. Con el Servicio de Oncología tampoco, porque la mayoría de los casos que se detectan son de pólipos pero no de cáncer.

Respecto a la comunicación de resultados y prosecución del circuito en caso positivo, se detecta que la demanda está demasiado invertida. Las Navegadoras en ocasiones se sienten “remando” con pacientes poco colaboradores o desinteresados (sobre todo hombres de mayor edad), que les atienden mal el teléfono “otra vez, qué pesada” o ponen excusas recurrentes para no acudir a hacerse la colonoscopia. Con el correr del tiempo, y ante un mayor desgaste, las Navegadoras pasaron de un discurso tranquilizador a otro más alarmista que infunda más respeto a la prosecución del Programa. Este recurso de “presión” según refieren, les está resultando efectivo para que los casos continúen el curso esperable. Sin embargo, debemos subrayar que no ayuda a fomentar el carácter preventivo del tamizaje.

Cabe reflexionar entonces: así como el cáncer y la colonoscopia, ¿el PNRCC también es invasivo? La pregunta que aquí se abre, parece ser: hasta dónde como agente de salud pública corresponde insistir y, dónde empieza el derecho personal de hacerse cargo del propio cuerpo. Quizás la implementación de una campaña estacional, o que al menos “haga ruido” en un lapso más acotado (la semana del lazo verde) sirva como “empujón” para que algunos de los pacientes que están posponiendo la decisión, bajo amenaza de tiempo limitado, concreten el siguiente paso. Algunos proponen pasar de una postura donde la energía esté puesta en convencer o plantear al paciente la obligación de terminar el proceso (lo que a futuro podría desgastar o desanimar a las Navegadoras) a una enunciación que ayude a verlo como un derecho, al modo de: “cuando los síntomas están perdiste mucho tiempo” / “si tenés x condiciones tenés derecho a estar cubierto gratuitamente por el programa” / “derecho a la información sobre el estado del organismo”. Lo que subyace, es la necesidad de ubicar al paciente como sujeto de derechos, empoderado, “Con este sistema podés”... promoviendo su reposicionamiento: de ser objeto pasivo que cuanto mucho puede “atajar” un cáncer, a sujeto que toma activamente las riendas de su salud.

Conforme avanza el tiempo de permanencia del Programa, se percibe que algunos CAPS espontáneamente han instrumentado

ajustes en el modelo propuesto. Pero también, se percibe el desgaste de los actores involucrados con la captación: se enfría el entusiasmo y decrece la colaboración. Ante esta situación, el Personal administrativo y de gestión del HEA Dr. R. Madariaga va tapando agujeros e intenta reforzar el Programa con distintas iniciativas de difusión, operativas y precursoras de identidad:

- **Difusión:** diseñaron una fan page; la semana previa al 31 de Marzo van a volver a realizar -como en 2014- una campaña junto al LALCEC, para informar, generar “ruido” y salir activamente a fichar; data entries están repartiendo el material -folletos, afiches, rotafolios- de manera más personalizada, a diferentes actores de los CAPS; carteles donde reemplazaron “Aunque no tengas” por “Sin síntomas”. En A4 porque uno de los lugares más visibles son las ventanas de admisión y los afiches ocupan demasiado lugar.
- **Operativas:** Los data entries están cumpliendo cada vez más el rol de los extraccionistas, en relación a trasladar los tests (del CAPS al HEA Dr. R. Madariaga). La Navegadora hace el fichaje a los pacientes que llegan espontáneamente al servicio, explica la manera de realizar el test, lo recibe y analiza (algunos CAPS aducen no contar con materiales adecuados, como guantes, o personal disponible o idóneo para realizarlo).
- **Generación de identidad interna** para estimular el compromiso desde los beneficios de la identificación. Se han registrado esfuerzos personales en este sentido, como la colocación de un lazo verde de cartulina en el consultorio de gastroenterología, sumado a todo un set de elementos de trabajo “en verde” (lápicos, abrochadora, termo, etc.).

Efectivamente, formar parte de algo más grande y hacerlo visible (por ejemplo, a través de atributos ostensibles, como el lazo verde) parece sustancial para abonar a la sinergia entre los actores involucrados, así como para mantener la motivación. Varios actores comentaron, en la misma línea, su deseo de contar con un “pin” (prendedor) con el lacito, para “ubicarse” e identificarse entre sí. Para que el tema se convierta en prioridad y no se enfríe, parece indispensable además que se comunique y exija el cumplimiento de una meta o parámetro como indicador a presentar a la Provincia o a Nación. Esto traería además el beneficio de generar una articulación más orgánica entre la acción personal y el éxito o no de todo el circuito, con posibilidad de revisar y corregir desaciertos así como de celebrar aciertos de manera colectiva.

Por otra parte, una vez seleccionado el referente que funcionará como aliado en cada CAPS, parece imprescindible capacitarlo formalmente (los data entries transmitieron información, pero de manera algo confusa, dejando grises), así como también visibilizarlo más para reconocerlo e instalarlo como responsable, fundamentalmente ante los Promotores, quienes decían sentirse en *off*

side al acompañar a los pacientes al tamizaje porque al llegar no había médicos.

Parece oportuno revisar algunos descriptores de rol que actualmente parecen no estar alineadas a las tareas llevadas a cabo. Nos referimos particularmente, a los *data entries* y “Consejería”. En el primer caso, resulta evidente que los llamados *data entries* hacen mucho más que cargar datos, por lo que todo ese plus sin “nominar” parece quedar más a cuenta de su vocación y buena voluntad, que de su responsabilidad en el proceso. Asimismo el término “consejero”, según advierte el personal administrativo y de gestión, parece *light* a los oídos de los pacientes, quienes se decepcionan cuando, en presencia de síntomas, se los deriva a “Consejería” y, acertadamente, no se les suministra el TSOMF.

6. Consideraciones finales

El trabajo de campo realizado en la ciudad de Posadas relevó a los equipos de salud de CAPS y el hospital de referencia en el marco de la implementación del PNCCR, otorgando riqueza de información cualitativa al evidenciar las tensiones entre los aspectos normativos del diseño del Programa y la práctica concreta de los equipos de salud. En este contexto, destacamos el componente piloto del PNCCR y los ajustes entre niveles de atención, roles y funciones que se realizan producto de la tensión mencionada. Es evidente que aceptando la capacitación del recurso humano y definiendo objetivos precisos y medibles en los contextos locales, el PNCCR será aprehendido por los equipos de salud locales con la relevancia que tiene epidemiológicamente a nivel nacional.

Lo anterior nos lleva a considerar la prioridad que se le otorga al PNCCR en los contextos locales, tema relevado en las entrevistas y grupos focales. En este sentido, problemáticas de salud materno-infantiles e infecto-contagiosas adquirirían mayor jerarquía en la práctica de la atención por parte de agentes sanitarios y médicos de CAPS. De esta forma, se deben confrontar estudios de carga de morbi-mortalidad a la vez que de preferencias sociales locales para construir una agenda sanitaria consensuada.

Por otro lado, la organización interna de centros de salud y hospitales debe ser tenida en cuenta ya que las particularidades impactan en el desarrollo de los programas de salud, y del PNCCR en específico. En este sentido, aceptando la adaptabilidad en roles y funciones en la implementación del programa, es preciso establecer protocolos flexibles que orienten la acción de los equipos médicos para, de esta forma, las estrategias que se desarrollen en la práctica, puedan ser previstas. Se reduce así la complejidad que conlleva la heterogeneidad de prácticas pero se contempla la plasticidad de las funciones.

Así mismo, es preciso definir y desarrollar planes de escalabilidad en el territorio tomando en cuenta los emergentes que aparecen en las tensiones del Programa. Un elemento que fortalece dicha escalabilidad es ampliar la comunicación por medio de campañas masivas en medios locales (televisión, radio) además de la generación de un plan de prensa para visibilizar las acciones y éxitos que va teniendo la implementación del Programa a nivel local. Así mismo, el desarrollo de campañas de extensión nacional es fundamental y debería orientarse a dos cuestiones interconectadas: en primer lugar, la necesidad de realización de prevención secundaria dirigida tanto a las personas como a los equipos de salud; y por otro lado, remitificar favorablemente las representaciones sociales del cáncer (asociadas a la lucha, batalla y muerte) por medio de la prevención y detección precoz del cáncer colorrectal, el cual tiene la particularidad de detección anticipada.

Ahora bien, tal como se evidenció al relevar estudios sobre cáncer colorrectal en los antecedentes, es necesario asociar las campañas de comunicación y las de prevención y detección precoz de cáncer, a otros eventos de salud significativos; campañas de vacunación, programas orientados a la tercera edad, u otras formas de detección precoz son sólo algunos ejemplos. En este sentido, la tarea de la detección precoz y la aplicación de screening, se torna compleja debido al énfasis curativo por sobre el preventivo. Sabemos que la relación entre medicina curativa y preventiva tampoco es automática, y requiere del despliegue e implementación de programas específicos como PNCCR a la vez que de investigación capaz de revelar las tensiones que estos programas producen en el “trabajo vivo”.

Teniendo en cuenta el recorrido de este informe, nos aparecen dos grandes ejes donde apuntalar el programa: las representaciones sociales en torno al cáncer y al cáncer colorrectal que obstaculizan el programa de prevención; y la necesidad de darle mayor organicidad e identidad al programa, de modo que cada actor involucrado se sienta parte del programa y comprenda el valor de su rol y su aporte al éxito del programa.

Para el primer punto podríamos decir que el imaginario y las creencias que existen acerca del cáncer no contribuyen a ningún programa de prevención. El hecho de que no haya matices entre diferentes tipos de cáncer, deja en la sombra una ventaja muy grande del CCR: que su lento desarrollo permite muchas posibilidades de detección temprana.

Es decir que en este tipo de cáncer podría haber una conducta y actitud aspiracional a construir: el de una persona sana y empoderada que se hace cargo de su salud mediante un rol activo en la prevención, al estilo del cáncer de mama. Esta creencia donde se invisibiliza la prevención, también se refleja en una confusión considerable tanto en la población objetivo como en agentes de salud, en torno a quiénes deberían realizar el TSOMF (en muchos casos

manifiestan que se lo tienen que hacer las personas con síntomas). Con la metáfora bélica del cáncer, No hay lugar para un sujeto activo ligado a vivir con calidad, por fuera de la supervivencia.

Esto tiene un gran impacto en el programa, ya que estas creencias que atraviesan tanto a la población objetivo como a los propios agentes de salud, inciden sobre la percepción incorrecta del resultado positivo o negativo del TSOMF.

El segundo punto, tiene que ver con que el todo es más que las partes. Pareciera que aunque el tema es relevante, falta algo para ponerlo en la agenda. Prácticamente ninguno de los actores del programa que entrevistamos tenía datos acerca de los objetivos del programa y, menos aún, de las métricas de éxito del programa. Eso quita mucha potencia y sentido a la acción aislada de cada uno de los eslabones del programa, ya que no queda claro el valor de su propio aporte a una causa más grande, y debilita el sentido de orgullo de pertenencia.

En esa dirección también podría trabajarse con la jerarquización

de determinadas etiquetas que generan desmotivación o no hacen honor al trabajo realizado. Tal es el caso de las enfermeras, y laboratoristas en algunos casos, que cumplen funciones más calificadas que las que corresponden a su rol (ya que los médicos en muchos casos están sobrepasados y se dedican a apagar incendios, dejando de lado la prevención), y que podrían tener un “upgrade” de su posición que les generara una jerarquización en su tarea y reconocimiento; también es el caso de los data entries que cumplen una función clara muchos más amplia que cargar datos. Así mismo rebautizar a “Conserjería” como “Evaluación de riesgo” hace más claramente decodificable su tarea para los pacientes y deja mejor posicionadas a las personas que trabajan en esa función.

Finalmente, hay ciertas cuestiones, como el reclutamiento que podría mejorarse para lograr mayor escalabilidad, pero esto entra en tensión con la posibilidad de continuar con el circuito en forma fluida en aquellos casos donde el TSOMF de positivo.

Referencias Bibliográficas

- Abriata, G. (2012). Análisis de situación del cáncer en Argentina. *Boletín del INC*, 2(8), 2-3.
- Agurto, I., Bishop, A., Sanchez, G., Betancourt, Z. y Robles, S. (2004). Perceived barriers and benefits to cervical cancer screening in Latin America. *Preventive Medicine*, 39(1), 91-98.
- Almonte, M., Murillo, R., Sánchez, G.I., Jerónimo, J., Salmerón, J., Ferreccio, C., Lazcano-Ponce, E. y Herrero, R. (2010). Nuevos paradigmas y desafíos en la prevención y control del cáncer de cuello uterino en América Latina. *Salud Pública de México*, 52(6), 544-559.
- Anttila, A. y Nieminen, P. (2000). Cervical cancer screening programme in Finland. *European Journal of Cancer*, 36(17), 2209-2214.
- Arrossi, S., Paolino, M. y Sankaranarayanan, R. (2010). Challenges faced by cervical cancer prevention programs in developing countries: a situational analysis of program organization in Argentina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 28(4), 249-257.
- Baig, N., Myers, R., Turner, B., Grana, J., Torhtermerl, T., Schlackman, N. y Weinberg, D. (2003). Physician-Reported Reasons for Limited Follow-Up of Patients With a Positive Fecal Occult Blood Test Screening Result. *The American Journal of Gastroenterology*, 98 (9), 2078-2081.
- Bapuji, S., Lobchuk, M., McClement, S., Sisler, K., Katz, A. y Martens, P. (2012). Fecal occult blood testing instructions and impact on patient adherence. *Cancer Epidemiology*, 36 (2012), 258–264.
- Dzuba, I.G., Calderon, R., Bliesner, S., Luciani, S., Amado, F. y Jacob, M. (2005). A participatory assessment to identify strategies for improved cervical cancer prevention and treatment in Bolivia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(1), 53-63.
- Euler-Chelpin, M., Brasso, K. y Lynge, E. (2009). Determinants of participation in colorectal cancer screening with faecal occult blood testing. *Journal of Public Health*, 32 (3), 395–405.
- Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer* 2015; **136**: e359–86.
- Gualdrini, U. y Iummato, L. (2012). *Cáncer colorrectal en la Argentina. Organización, cobertura y calidad de las acciones de prevención y control*. Buenos Aires: INC-MINSAL.
- Goss, P., Brittany, L., Badovinac-Crnjevic, T., Strasser-Weippl, K., Chavarri-Guerra, Y. et al. (2013). Planning cancer control in Latin America and the Caribbean. *The Lancet Oncology*, 14(5), 391-436.
- Hannon, P. y Harris, J. (2008). Interventions to Improve Cancer Screening Opportunities in the Workplace. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(1S), 10-13.
- Jorgensen, C., Gelb, C., Merritt, T. y Seeff, L. (2001). CDC's Screen for Life: A National Colorectal Cancer Action Campaign. *Journal Of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 10 (5), 417-422.
- López-Torres-Hidalgo, J., Simarro-Herráez, M.K., Rabanales-Sotos, J., Campos-Rosa, R., De-la-Ossa-Sendra, B. y Carrasco-Ortiz, C. (2013). The attitudes of primary care providers towards screening for colorectal cancer. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 105(5), 272-278.
- McKee, M., Lurio, J., Marantz, P., Burton, W. y Mulvihill, M. (1999). Barriers to follow-up of abnormal Papanicolaou smears in an urban community health center. *Archive of Family Medicine*, 8(2), 129-134.
- Omran, S., Barakat, H., Mullira, J.K. y Aljadaa, N. (2015). Knowledge, Experiences, and Barriers to Colorectal Cancer Screening: A Survey of Health Care Providers Working in Primary Care Settings. *Journal of Cancer Education*, 30(1), 53-61.
- Palinkas, L., Arons, G., Hoewitz, S., Chamberlain, P., Hurlburt, M. y Landsverk, J. (2011). Mixed Method Designs in Implementation Research. *Administration and Policy in Mental Health*, 38(1), 44-53.
- Paszat, L., Rabenech, L., Kiefer, L., Mai, V., Ritvo, P. y Sullivan, T. (2006). Endoscopic follow-up of positive fecal occult blood testing in the Ontario FOBT Project. *Canadian Journal of Gastroenterology*, 21(6), 379-382.
- Peters, D. (2008). Screening: recommendations and barriers to patient participation. *The Nurse Practitioner*, 33 (12), 14-20.
- Pozo Solis, A. (2007). *Mapeo de actores sociales*. (Documento de Trabajo). Lima: PREVAL-DESCO.
- Sankaranarayanan, R., Budukh, A.M. y Rajkumar R. (2001). Effective screening programmes for cervical cancer in low - and middle-income developing countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 79(10), 954-962.
- Sarfaty, M., Doroshen, M., Hotz, J., Brooks, D., Hayashi, S., Davis, T.C., Joseph, D., Stevens, D., Weaver, D.L., Potter, M.B. y Wender, R. (2013). Strategies for expanding colorectal cancer screening at community health centers. *A Cancer Journal for Clinicians*, 63(4), 221-231.
- Schroy, P.C., Heeren, T., Bliss, C.M., Bliss, C.M., Pincus, J., Wilson, S. y Prout, M. (2002). On-site screening sigmoidoscopy promotes long-term utilization but fails as a venue for training primary care endoscopists. *Gastroenterology*, 122(5), 1226-1234.
- Sewitch, M.J., Fournier, C., Ciampi, A. y Dyachenko, A. (2007). Adherence to colorectal cancer screening guidelines in Canada. *BMC Gastroenterology*, 7(39). Recuperado de: <http://www.biomedcentral.com/1471-230X/7/39>
- Sontag, S. (1998). *La enfermedad y sus metáforas*. Buenos Aires: Taurus.
- Tong, S., Hughes, K., Oldenburg, B. y Del Mar, C. (2004). Would general practitioners support a population-based colorectal cancer screening programme of faecal-occult blood testing? *Internal Medicine Journal*, 34(9-10), 532-538.
- Weitzman, E., Zpka, J., Estabrook, B. y Goins, V. (2001). Risk and reluctance: understanding impediments to colorectal cancer screening. *Preventive Medicine*, 32, 502-513.
- Wolf, M., Baker, D. y Makoul, G. (2007). Physician-Patient Communication about Colorectal Cancer Screening. *Journal of General Internal Medicine*, 22(11), 1493-1499.
- Woodrow, C., Rozmovits, L., Hewitson, P., Rose, P., Austoker, J. y Watson, E. (2006). Bowel cancer screening in England: a qualitative study of GPs' attitudes and information needs. *BMC Family Practice*, 7(53). Recuperado de: <http://www.biomedcentral.com/1471-2296/7/53>
- Zapka, J., Puleo, E., Taplin, S., Goins, K., Ulickacs, Y. y Mouchawar, J. (2004). Processes of care in cervical and breast cancer screening and follow-up: the importance of communication. *Preventive Medicine*, 39(1), 81-90.