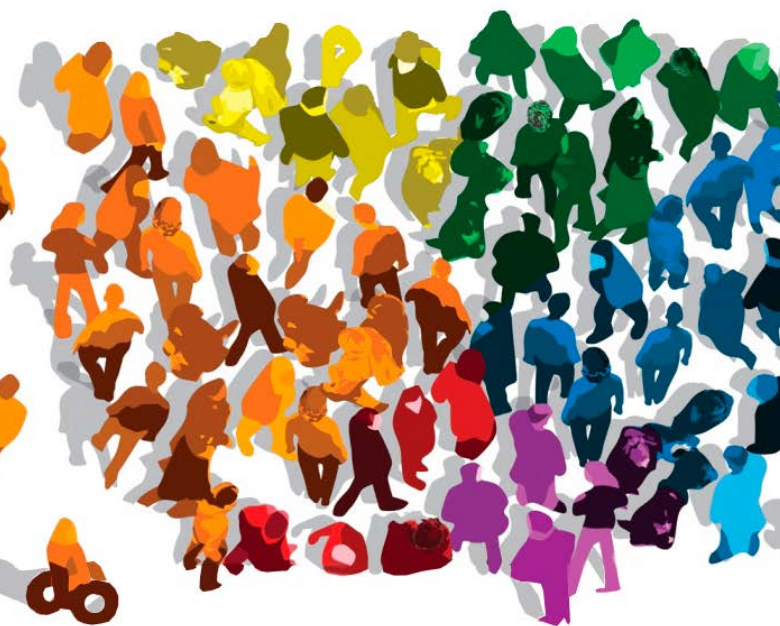


AGENDA DE LA SALUD PÚBLICA ARGENTINA

ENFOQUES,
EXPERIENCIAS E
INVESTIGACIÓN

Ana Rita Díaz-Muñoz
-EDITORA-



SIT SCHOOL FOR
INTERNATIONAL
TRAINING

EDICIONES
ISALUD

Díaz-Muñoz, Ana Rita

Agenda de la salud pública argentina: enfoques, experiencias e investigación / Ana Rita Díaz-Muñoz. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires : ISALUD, 2021.
390 p. ; 22 x 15 cm.

ISBN 978-987-9413-78-4

1. Salud Pública. 2. Administración. 3. Medicina. I. Título.
CDD 362.10982

ISBN 9789979413784

Diseño y Producción: grupouno.com.ar ediciones | info@grupouno.com.ar

Queda hecho el depósito que dispone la ley 11.723

Todos los derechos reservados

Impreso en la Argentina, 2021

Este libro o cualquiera de sus partes no podrán ser reproducidos ni archivados en sistemas recuperables, ni transmitidos en ninguna forma o por ningún medio, ya sean mecánicos o electrónicos, fotocopiadoras, grabaciones o cualquier otro, sin el permiso previo de los editores.

Asimismo, este libro refleja exclusivamente la opinión de sus autores. Su publicación no implica necesariamente que la Universidad ISALUD ni sus autoridades compartan los conceptos u opiniones en él vertidos

UNIVERSIDAD ISALUD

Venezuela 931 - (1095)

C.A.B.A. | Argentina

Tel/Fax 011-5239-4000

www.isalud.edu.ar

 **EDICIONES
ISALUD**

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	5
PREFACIO	9
BREVE INTRODUCCIÓN Y AGRADECIMIENTOS	13
CAPITULO 1 LA TEORÍA ECONÓMICA Y LA FORMULACIÓN DE POLÍTICA ECONÓMICA Y SOCIAL: UNA CRÍTICA DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS HUMANOS <i>Alan B. Cibils</i>	17
CAPITULO 2 EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO: CONTEXTO Y CARACTERÍSTICAS DE SU DESARROLLO <i>Ana Rita Díaz-Muñoz - Mónica Levcovich - María Eugenia Royer</i>	41
CAPITULO 3 LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD EN LA BÚSQUEDA DE SALUD PARA TODOS <i>Valeria Lliubaroff</i>	117
CAPITULO 4 PROMOCIÓN DE LA SALUD EN CLAVE TERRITORIAL: UNA EXPERIENCIA DESDE LA OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS PÚBLICOS DE LA PROVINCIA DE MENDOZA <i>Cecilia Molina</i>	141
CAPITULO 5 REDES, TELESALUD Y COMUNICACIÓN A DISTANCIA: UNA PRÁCTICA FEDERAL EN SALUD PEDIÁTRICA <i>Florencia Ugo - Antonio Luna</i>	163
CAPÍTULO 6 ¿ES POSIBLE HABLAR DE SALUD “MENTAL”? UN INTERROGANTE SOBRE LA NOCIÓN DE SALUD MENTAL Y EL PARADIGMA SUBYACENTE. <i>Lucia Quiroga - Pilar Neira</i>	183

CAPÍTULO 7 **199**
ENVEJECIMIENTO SALUDABLE Y ACTIVO: ANÁLISIS DE SITUACIÓN Y EXPERIENCIAS DE SU PROMOCIÓN

María Nair Tordo - Silvia Gascón

CAPÍTULO 8 **231**
INEQUIDADES EN SALUD: EL CASO DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD MATERNA E INFANTIL EN LA ARGENTINA

Daniela Guberman - Mariana Romero

CAPÍTULO 9 **267**
MALTRATO, VIOLENCIAS Y ABUSO SEXUAL EN LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA. APORTES PARA LA PREVENCIÓN

Alejandro Capriati - Ana Clara Camarotti

CAPÍTULO 10 **289**
APORTES PARA LA INVESTIGACIÓN DEL SUICIDIO EN LA ADOLESCENCIA

Sebastián Sustas

CAPÍTULO 11 **307**
ABORDAJES Y ESQUEMAS DE TRATAMIENTO PARA EL CONSUMO DE DROGAS EN ARGENTINA

Romina Ramírez

CAPÍTULO 12 **333**
INVESTIGACIÓN EN IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA. ESTUDIO DE CASO DEL PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER COLORRECTAL EN MISIONES

Martín Gustavo Langsam - Martín Hernán Di Marco

CAPÍTULO 13 **361**
IMPACTOS SOCIALES, SANITARIOS Y AMBIENTALES DEL AISLAMIENTO OBLIGATORIO EN BARRIOS POPULARES DE BUENOS AIRES

Melina Tobías - Soledad Fernández Bouzo

PRESENTACIÓN

Un libro que encierra el verdadero objetivo de nuestra universidad: TRANSFORMAR EL PENSAMIENTO EN ACCIÓN.

Este libro es resultado de un proyecto colaborativo entre quienes forman parte de las tareas educativas del Programa Salud Pública en Ambientes Urbanos Argentina, que se desarrolla en la Universidad Isalud, en un convenio con SIT Study Abroad de la Fundación World Learning Argentina y capitaliza conocimientos, experiencias y trayectoria de diversos profesionales en el campo de la salud. En ese sentido, da cuenta de la importante contribución de nuestra Universidad a la educación en el país y a nivel internacional, como un proyecto único que reúne a decisores y hacedores de la salud pública en la Argentina, presentes a lo largo y ancho del país trabajando en las más diversas tareas en este campo, promoviendo salud, asistiendo, investigando, traduciendo sus conocimientos a fundamentos para políticas públicas. En esa misma línea, el libro es resultado de una producción académica comprometida con la acción, investigación y enseñanza guiada por el desafío de aportar una mirada crítica, abogar por una salud pública más equitativa e inclusiva, y en definitiva conseguir una Argentina más justa.

Sintetiza aportes de diversas disciplinas y enfoques teórico-metodológicos y visibiliza experiencias y prácticas de lo más diversas que se desarrollan a lo largo del territorio: desde la gestión de las políticas del estado, las enseñanzas-aprendizajes en las aulas de universidades, la tarea de investigadores, de profesionales de salud en diversos ámbitos y niveles y de agentes de la comunidad que producen salud en lo cotidiano.

El libro intenta presentar una Interpretación de la “Agenda de Salud Pública” que interpela la diversidad en las problemáticas de salud abarcadas en ese concepto. Las temáticas fueron seleccionadas no solo por su

probabilidad de ocurrencia sino también por la necesidad y pujanza por ser incorporados en las agendas de salud pública y de investigación que las han explorado o reconocido menos como componentes de ellas además de brindar una visión de temas que desde las propias comunidades se consideran que necesitan urgente resolución.

En este sentido constituye un aporte fundamental en un momento en el cual la pandemia dejó al desnudo fortalezas y debilidades de nuestro sistema de salud, tantas veces citadas, como poco escuchadas. Entre las primeras encontramos una certeza tranquilizadora: aun deteriorado y sobreexigido por una emergencia para la que no estaba preparado, el sistema público y privado de salud conserva grandes reservas de profesionalismo y calidad humana y pese evidentes fragilidades, ofrece respuesta y contención, y especialmente, mujeres y hombres que, aun exhaustos, sin la retribución que merecen, ni todas las herramientas que necesitan actúan con solvencia, entrega, sensibilidad y compromiso.

Y frente a ellas quedaron descarnadamente expuestas las fragilidades en la formación, distribución y condiciones de trabajo del recurso humano; la debilidad de un poder de rectoría jaqueado por una fragmentación territorial devenida de nuestra organización federal, la anárquica organización del sistema de seguridad social y la deficiente regulación del sistema privado, sin casi ninguna integración en redes, que unida a la brutal segmentación de las fuentes de financiamiento colocan al sistema en una crítica situación. En la paradoja de un sistema ubicado entre los de mayor gasto total en salud de América Latina, pero casi técnicamente quebrado en cada uno de sus subsistemas; con un aporte fiscal que resulta uno de los más bajos de la región, y hoy pretende desde ese lugar arrogarse la conducción del mismo, con la ética turbidez de exigirle a las entidades de seguridad social y medicina privada, el cumplimiento de un plan de beneficios que el propio estado no cumple.

Así, el sistema, uno de los de mayor nivel de cobertura de la región, pero profundamente inequitativo, exige reformas sustanciales, y en el marco de una sociedad escindida por “la grieta” y con un marcado desinterés y desconocimiento de sus líderes políticos, este libro aporta miradas fundamentales sobre temas relevantes articulando la investigación con experiencias en territorios. Utilizando perspectivas interdisciplinarias y desde abordajes originales recupera de la voz de las personas que sufren las problemáticas y

valora la participación comunitaria.

El libro es un ejemplo del marco universitario que ofrece Isalud, abriendo sus puertas para conformar una especial experiencia de una comunidad educativa única, privilegio del cual disfrutaban los estudiantes que participan del programa.

No me cabe ninguna duda que este material servirá de orientación y motivación para aquellas personas que se inician en la investigación y en el trabajo en el campo de la salud pública, e interpelará a la comunidad en su conjunto, y no solo a los expertos también cuestionará el concepto de salud pública y aportará a su reinención frente a las múltiples crisis que estamos atravesando, humanitaria, sanitaria, ecológica. Tiene también el enorme valor de reflejar la pasión por aprender y aprehender la realidad de nuestro país, desde una mirada externa, y una perspectiva cultural diferente. Desde ella, muchas veces se descubren significados implícitos o miradas censuradas y evidencian y ponen en valor algunas cuestiones naturalizadas o aportes no adecuadamente reconocidos en la práctica, y especialmente el hecho de que más allá de las innumerables dificultades e imprescindibles reformas, en Argentina la salud es considerada un derecho y los servicios son accesibles para todos.

Para nuestra universidad, y para mí como rector constituye un honor formar parte de esta magnífica experiencia.

Ruben Torres
Rector Universidad Isalud

PREFACIO

Este volumen es una celebración de la educación internacional y la investigación colaborativa reflejada en la asociación entre School for International Training (SIT) y la Universidad Isalud, a través de la participación directa del programa semestral de “Salud Pública en Ambientes Urbanos” y del nuevo programa de verano en Buenos Aires, “Epidemiología y Gestión de Servicios de Salud”. Si bien la pandemia actual ha amplificado la retórica del escepticismo sobre la movilidad, la próxima frontera para la educación internacional es un “plan de estudios que enfatice el desafío del siglo XXI de trabajar a través de las fronteras” (Fischer, 2021). Como aclara con fuerza Michael Osterholm, director del Centro de Investigación y Política de Enfermedades Infecciosas de la Universidad de Minnesota, “una institución de educación superior no puede considerarse como tal si no comprende la importancia de la educación internacional” (citado en Fischer, 2021).

A través de la tutoría, el aprendizaje en el aula y en el terreno, las discusiones con compañeros locales y trabajadores de la salud, e incorporándose en el estilo de vida local, los estudiantes de este programa de Salud Pública SIT en Argentina pueden desarrollar habilidades de pensamiento crítico que -junto a sus aprendizajes- aplicarán en un proyecto de investigación independiente o pasantía, comprometido con la participación en la comunidad, que les aportará a su formación académica y social. Su experiencia no sólo valida los resultados de la práctica educativa de aprendizaje a partir de la experiencia de gran impacto, sino que también proporciona información sobre cómo las comunidades de investigación de pregrado desarrollan culturas epistémicas para cuestionar los paradigmas de investigación dominantes y dar forma a nuevos modelos de aprendizaje ético basados en la investigación. Los artículos de este volumen integran aportes de los estudiantes y los muestran plenamente comprometidos con la exploración de estrategias de investigación alternativas mediante la reconfiguración del papel de la emoción, la propia posicionalidad y la experiencia de la “otredad” y la “diferencia”.

A través del compromiso con el trabajo de campo, la conexión emocional consigo mismos y con las estructuras sociales más amplias, a través de la

de esquemas de poder y procesando la incomodidad emocional y la vulnerabilidad a las que los expone esta experiencia educativa, y sin perder de vista los principios éticos, los investigadores de pregrado de SIT en el programa de Salud Pública y Ambientes Urbanos participan en la creación de condiciones que propician comunidades diversas e inclusivas. Su interacción con el campo parece basarse en la autoetnografía y la interseccionalidad, dos de los paradigmas de investigación más convincentes. Mientras que la autoetnografía configura un espacio para el investigador entre el intelecto y la pasión y hace uso del yo para enfrentarse a los complejos y serios problemas globales en evolución, valores culturales, estructuras e historias, la interseccionalidad atiende a las múltiples identidades entrelazadas como la raza, clase y género que se sitúan dentro de las estructuras de poder. Ambas estrategias se sustentan en un modo de pensamiento que opera en múltiples campos de investigación y da lugar a una reflexión que cuestiona ideas preestablecidas y convierte a los estudiantes de investigación en creadores de conocimientos innovadores, interrogadores de su propio privilegio individual y colectivo, y les permite convertirse en ciudadanos globales comprometidos.

Este volumen es contrapuntístico. Se trata tanto de la relevancia de la educación internacional como de la urgencia de un sistema de salud mundial más inclusivo y equitativo. Los sistemas internacionales de educación y de salud han estado bajo presión mucho antes de la pandemia de COVID-19 debido a un sistema de estratificación que discrimina a poblaciones desfavorecidas y deja al aprendizaje y a la atención médica dentro de los límites de una lógica consumista y un lenguaje de la otredad. La pandemia mundial en curso complica la sostenibilidad de los paradigmas de educación y de atención médica existentes, pues restringe la movilidad, socava los sistemas económicos nacionales y mundiales y deja al descubierto las trampas de los sistemas de salud que responden más a la lógica del mercado y la industria que al bienestar de las poblaciones mundiales. El contexto de la pandemia de COVID-19 y los movimientos de justicia social locales y globales brindan la ocasión de replantearse los sistemas y políticas internacionales de educación y salud a través de la óptica de cambios transformadores que inciden en el tejido social, económico y político y en el sistema de relaciones internacionales.

Desde el inicio de la pandemia de COVID-19 hemos visto una carrera feroz y egoísta por la compra de vacunas, un retorno contundente del esta-

do como actor central en la organización social, económica y política, una situación cercana al colapso de la salud y la educación en todo el mundo, familias y comunidades devastadas que de la noche a la mañana perdieron sus fuentes de ingresos. Esta pandemia también ha puesto al descubierto las limitaciones del sector privado y ha demostrado su incapacidad (y falta de voluntad) para sustituir el apoyo del gobierno. A medida que el sector privado se retira, las poblaciones mundiales (y el capital) recurren al estado benevolente en busca de rescate. Paralelamente, han surgido resistencias desde abajo, se han construido solidaridades colectivas más allá de las diferencias sociales y se han hecho llamamientos urgentes para un mundo más inclusivo, equitativo y sostenible. Visto desde la óptica de la metáfora del terreno baldío (“parcela baldía”) de Sola-Morales, la crisis engendrada por la pandemia parece un “no-espacio”, un momento suspendido que cuestiona la linealidad y la matriz omnipresente de la modernidad y ofrece un espacio a un tipo diferente de intercambio epistémico.

Este volumen se basa en lo que Willis (2007) denomina “la imaginación etnográfica”. En las contribuciones se utilizan datos etnográficos y supuestos teóricos de modelos inclusivos y equitativos de sistemas de salud. Se basa tanto en las conclusiones interpretativas de análisis de datos de campo como en supuestos conceptuales fundamentados en nuevas epistemes y nuevos modelos de sistemas de salud. Las áreas cubiertas incluyen sistemas y políticas de salud, salud mental, salud materno-infantil, violencia sexual contra niños y niñas, suicidio de adolescentes e impactos del aislamiento debido al COVID-19 en las personas de los barrios populares de Buenos Aires. Las contribuciones también incluyen narrativas de atención, envejecimiento activo y el caso innovador del programa de telesalud pediátrica que brinda consultas y seguimiento remoto de pacientes. Los estudios abarcan enfoques de fronteras interdisciplinarias que se relacionan con el afecto y la cognición, la salud y el bienestar mental, la atención urbana y la atención en lugares remotos e intervenciones estatales y comunitarias. En todo momento, el objetivo subyacente de los investigadores es explorar la interfaz en red entre territorialidad, acceso a la salud y proyecciones para sistemas de atención inclusivos. Si, como concluye Rosenberg (1992: 287), “las epidemias... siempre han brindado ocasión para el juicio moral retrospectivo”, los colaboradores de este volumen exhortan a los estados, profesionales de la salud e investigadores a pensar en un enfoque basado en los derechos humanos para la asistencia sanitaria y los sistemas de salud accesibles, inclusivos

y equitativos para todos.

Said Graiouid
Dean of Faculty
School for International Training

Referencias

Fischer, Karin. (2021). You Don't Know What You Had. *Latitude(s)*, February 21. Accessed: <https://www.getrevue.co/profile/latitudes/issues/making-the-case-edition-381841>

Rosenberg, Charles E. (1992). *Explaining Epidemics and Other Studies in the History of Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.

Sola-Morales, Ignasi de. (1995). *Terrain Vague*. In Anyplace, Cambridge, MA: The MIT Press. Willis, Paul. (2007). *The Ethnographic Imagination*. Cambridge. Polity Press.

BREVE INTRODUCCIÓN Y AGRADECIMIENTOS

Con la perspectiva de la educación basada en la experiencia, el programa “Salud Pública en Ambientes Urbanos”, desde el año 2012, ofrece a estudiantes de grado de los Estados Unidos la oportunidad de conocer la situación epidemiológica y la realidad del sistema de salud de nuestro país a través de la teoría, la exploración en el terreno y la investigación. A lo largo de este tiempo el equipo del programa, los docentes, colaboradores e instituciones que formamos parte de esta propuesta educativa nos hemos constituido en una red tejida con la solidez del reconocimiento, la valoración y el afecto que inevitablemente fluyen cuando se comparten generosamente conocimientos, ideales, visiones, consensos o disensos, siempre con la mirada puesta en aportar a la formación de pensamiento crítico de futuros profesionales involucrados con la salud pública. Este libro constituye un fiel reflejo de este trabajo colaborativo.

Desde la visión del programa, pensar la “Agenda de la Salud Pública” implica intentar develar la dinámica política del “campo de la salud” en la que confluyen distintos actores con distintos intereses, recursos y diferentes grados de poder y, consecuentemente, diferente capacidad de definir prioridades y asumir decisiones en torno las cuestiones que deben ser asumidas por el Estado a través del diseño y gestión de las políticas de públicas para dar respuestas a las necesidades de salud de la población. Con esta mirada, los trabajos seleccionados y presentados en este libro buscan dar cuenta de un amplio abanico de actores, voces más o menos escuchadas, con demandas con mayor o menor nivel de estructuración, cuyos problemas se encuentran validados como temas de Agenda o pugnan por ser incorporados en ella.

El conjunto de temas que se abordan son entonces un reflejo de la diversidad del campo de la salud pública y, al mismo tiempo, están atravesados por enfoques comunes: el de derechos y la equidad como criterios rectores de la atención, promoción y provisión de la salud.

El libro parte de interrogar los principios básicos que deberían guiar la formulación de políticas económicas, sociales y de salud, contrastando la perspectiva de la economía neoclásica (neo-liberal o dominante) y el enfoque de derechos, como un marco superador. Siguiendo esa línea, en sucesi-

vos capítulos se analizan las reglamentaciones que avanzan sobre la salud sexual y reproductiva, los derechos de niños, niñas, adolescentes y las personas mayores y se analizan los desafíos para la inclusión de la perspectiva de derechos, género y equidad en la prestación de servicios.

Comprendiendo la necesaria articulación entre la epidemiología y el diseño de políticas y programas de salud, se presenta un cuadro actualizado del perfil epidemiológico de la población argentina y una aproximación general del desarrollo del sistema de protección social y de atención de la salud en el país, así como los desafíos que enfrenta para ofrecer acceso universal.

Se analiza la implementación de políticas, programas y experiencias concretas como el desarrollo de la atención primaria y la organización de la atención en redes de servicios, estrategias clave para lograr ampliar el acceso y hacer más eficiente el uso de recursos. Entre otros ejemplos, el trabajo de la Oficina de telesalud del Hospital Garrahan que refleja una estrategia de respuesta institucional para acercar los servicios a la población y a los profesionales entre sí, las transformaciones en los dispositivos para la atención del consumo problemático de drogas que instan a involucrar la participación comunitaria, los Centros de día para adultos mayores que trabajan para lograr un envejecimiento activo y saludable.

Se enfatiza también el enfoque territorial en la planificación de intervenciones sanitarias. En este sentido se analizan diversas estrategias de trabajo puestas en marcha como la labor de los equipos intersectoriales de OSEP, el destacado trabajo de los agentes sanitarios en distintas provincias, de los equipos de salud que trabajan en la detección temprana del cáncer colorrectal, de los equipos interdisciplinarios que trabajan la salud mental orientados por la nueva Ley, y de los trabajadores de los CAPS y miembros de la comunidad que trabajan para reducir los impactos sociales, sanitarios y ambientales del aislamiento obligatorio en barrios populares.

Asimismo, a lo largo del libro se analizan especificidades con relación a distintas poblaciones y problemáticas - mortalidad materno-infantil, envejecimiento poblacional, daños en la adolescencia (suicidios), abuso infantil, cáncer y distintas vulnerabilidades- desde el marco de los determinantes sociales que permite evidenciar la existencia de grandes inequidades en relación con los factores que condicionan los estados de salud y enfermedad.

Se abordan realidades complejas que requieren múltiples miradas y se privilegian las más innovativas. Como ejemplos, se corre la mirada jurídica

o psicológica o el “de eso no se habla” para abordar el abuso infantil como problema social; se sostiene el aporte de la investigación cualitativa al estudio del suicidio, clásicamente abordado desde lo cuantitativo; se piensa el envejecimiento como construcción social, lo cual permite abogar por un cambio cultural que revalorice la voz de los adultos mayores, sus visiones y necesidades, para la elaboración de políticas.

Abrazando el carácter transformador de la educación se presentan una mixtura de experiencias educativas y aprendizajes de los estudiantes en su exposición al trabajo de distintas instituciones del Estado y la comunidad en la prevención, promoción y atención de la salud. Así, se integran en sucesivos capítulos los aportes que desarrollan los estudiantes en su participación en las actividades en el marco del programa y especialmente en sus trabajos de investigación o pasantía con los que culminan su trayecto formativo en el país.

Queremos agradecer a todos y cada una de las personas e instituciones que han hecho posible la producción de este libro que canaliza los aportes del equipo y los docentes del programa en sus tareas de enseñanza y de investigación, comprometidos en lograr una salud más equitativa. En sus producciones traen la voz y las contribuciones de muchos otros hacedores de la salud pública en variados ámbitos del país: instituciones, trabajadores, estudiantes, y comunidades a quienes extendemos nuestro reconocimiento y profundo agradecimiento. Todos ellos brindan las más ricas lecciones en las que se habilitan saberes, motivaciones, militancias y emociones que se retroalimentan en el proceso de enseñanza, aprendizaje e investigación. El resultado es una experiencia única y comprehensiva de múltiples realidades, de variadas temáticas que se engloban en el concepto de salud pública y de vivencias muy cercanas sobre realidades sociales en las que la salud pública se conjuga en rostros humanos y en tiempo real.

Ana Rita Díaz-Muñoz
Directora Académica
School for International Training

CAPÍTULO 12

INVESTIGACIÓN EN IMPLEMENTACIÓN DE POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE SALUD PÚBLICA, ESTUDIO DE CASO DEL PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER COLORRECTAL EN MISIONES¹

Martín Gustavo Langsam² Martín Hernán Di Marco³

INTRODUCCIÓN

El presente capítulo se inscribe en el creciente campo de investigación sobre implementación de políticas públicas socio-sanitarias y 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. Sin desconocer la relevancia de analizar la población objetivo, este proyecto abreva en investigaciones previas que se han enfocado en los equipos de salud como objeto de estudio (Baig et al., 2003; Bapuji et al., 2012; Wolf et al., 2007; Omran et al., 2015; López Torres Hidalgo et al., 2013; Sarfaty et al.,

1 La investigación que dio origen al presente capítulo fue financiada por el Instituto Nacional del Cáncer (INC) de la República Argentina en su convocatoria Asistencia financiera a proyectos de investigación en cáncer de origen nacional II (2014 – 2015). El equipo de trabajo del proyecto original estuvo compuesto también por: Mag. Francisca Dávalos, Lic. Mariano Salzman, Lic. Marcela Garriga, Lic. Mariela Maticic. Los autores agradecen especialmente a al Dr. Ubaldo Gualdrini y a la Lic. Luciana Lummatto, 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. Una versión preliminar fue publicada en la Revista Isalud Vol 11, n° 53, junio de 2016.

Los autores quieren agradecer especialmente al profesor Tit Albreht, investigador senior del Instituto Nacional de Salud Pública de Eslovenia y profesor asociado de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de Liubliana por su colaboración y consejo a la hora de actualizar y contextualizar el presente capítulo.

2 New York University, sede Buenos Aires y SIT-Argentina, Programa de Salud Pública en Ambientes Urbanos

3 Instituto de Investigaciones Gino Germani / CONICET. Buenos Aires, Argentina.

2013; Hannon y Harris, 2008; Wackerbarth et al., 2007; Sewitch et al., 2007; Woodrow et al., 2006; Schroy et al., 2002; Tong et al., 2004).

Esta investigación tuvo por objetivo general la detección de las potenciales barreras y facilitadores en la implementación del Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana de Cáncer Colorrectal (PNCCR) en la zona sanitaria correspondiente a la ciudad de Posadas. En función de este objetivo, se focalizó 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 y procesos significativos en torno a dicho programa. Asimismo, buscó realizar un mapeo de los actores y relaciones relevantes para la implementación del programa en el contexto de la zona sanitaria de Posadas; y analizar las interacciones entre los actores mapeados y cómo estas interacciones pueden constituirse en posibles barreras o facilitadores en la implementación del PNCCR.

Entendemos que el éxito del PNCCR en lo que refiere específicamente a las actividades de tamizaje poblacional no sólo depende de la planificación de normas y procesos operativos sino también del contexto sociocultural en el que dicho programa se desarrolla; concibiendo este último como las características de la población objetivo así como también el funcionamiento de los equipos de salud encargados de desarrollarlo y las dinámicas institucionales relacionadas con el sistema de salud en general

EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER COLORRECTAL EN EL MUNDO Y EN LA ARGENTINA: DATOS BÁSICOS

El cáncer colorrectal (CCR) es un problema de salud pública creciente a nivel mundial, tanto por su elevada prevalencia como por la complejidad que implica su abordaje y los recursos necesarios para su tratamiento. El CCR engloba de forma conjunta al cáncer desarrollado en el tracto digestivo del colon, sigma, recto y ano (CIE 10) y es un tipo de cáncer que puede ser detectado y evitado a través de las pruebas existentes que permiten identificar y extirpar formaciones y lesiones.

De acuerdo con las estimaciones realizadas por la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC, por sus siglas en inglés), organismo

dependiente de la Organización Mundial de Salud, es el tercer cáncer más frecuente en el mundo (10 % del total de los casos) y la segunda causa más común de muerte por cáncer (9,2% del total de muertes de este tipo). La IARC estima también un aumento del 80% en el número absoluto de muertes y del 70 % en los nuevos casos por CCR en los próximos 20 años de no mediar nuevas intervenciones en prevención, detección temprana y tratamiento (OMS, 2018).

En el caso de Argentina el CCR representa por su frecuencia la segunda localización de cáncer, tanto medido por su incidencia (número de casos en relación con la población) como por la mortalidad que genera, según muestra del siguiente cuadro:

Cuadro 01

Argentina: Distribución absoluta y relativa de casos incidentes y muertes por cáncer según sitio tumoral. Principales sitios tumorales, ambos sexos. Año 2018

Sitio Tumoral	Incidencia		Mortalidad	
	Casos	%	Muertes	%
Mama	21.558	17,2	5.838	9,6
Colorrectal	15.692	12,6	7.349	12
Próstata	11.600	9,3	3.750	6,1
Pulmón	11.595	9,3	9.273	15,2
Riñón	4.889	3,9	2.113	3,5
Páncreas	4.878	3,9	4.472	7,3
Utero	4.484	3,6	2.926	4,8
Estómago	3.980	3,2	2.940	4,8
Otros	46.338	37,1	22.418	36,7
Total	125.014	100	61.079	100

Fuente: SIVER-Ca (INC) en base a IARC-OMS y registros de mortalidad de la DEIS (2019).

Los factores de mayor riesgo de CCR se relacionan con la edad, factores hereditarios, la dieta y otros hábitos (tabaquismo, ingesta de alcohol, sedentarismo, entre otros), estos últimos modificables principalmente a través de estrategias de prevención primaria. Al igual que muchos otros tipos de cáncer, el CCR se produce en más del 90% de los casos en personas mayores de 50 años, razón por la cual el envejecimiento poblacional representa un factor clave a tener en cuenta para analizar las estrategias de control de la enfermedad en los próximos años (Curado et al., 2007). Sin embargo, la lenta transición del pólipo adenomatoso a CCR permite una ventana temporal que favorece las intervenciones de prevención secundaria tales como el tamizaje poblacional, la detección temprana y la resección de lesiones pre-neoplásicas (Gualdrini y Iummato, 2012).

EL PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y DETECCIÓN TEMPRANA DEL CÁNCER COLORRECTAL (PNCCR)

En este contexto, y dentro del Instituto Nacional del Cáncer⁴ (INC) se desarrolla desde el año 2013 el Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana del Cáncer Colorrectal (PNCCR). El mismo tiene como objetivo principal la disminución de la incidencia y la 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 a través del mejoramiento de los circuitos de derivación, seguimiento y tratamiento, unificando criterios y estableciendo un sistema de información estratégica. Gualdrini y Iummato (2012), explican que el PNCCR sustenta su accionar en la evidencia científica, a partir de las siguientes consideraciones:

- El CCR es uno de los tumores más factibles de prevenir. La progresión lenta del adenoma hacia el cáncer favorece la realización de exámenes periódicos denominados de pesquisa para detectar y extirpar los pólipos, lo que permite prevenir la enfermedad con sig-

⁴ El Instituto Nacional del Cáncer de la Argentina (INC) es un ente dependiente del Ministerio de Salud de la Nación. Fue creado en 2010 por Decreto Presidencial 1286/10 y es la institución responsable del desarrollo e implementación de políticas de salud para disminuir la incidencia y mortalidad por cáncer en Argentina, mejorar la calidad de vida de las personas afectadas, así como de la coordinación de acciones integradas para la prevención y control del cáncer.

nificativa 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 parámetros (Programa Nacional de Consensos Inter-Sociedades, Programa Argentino de Consensos de Enfermedades Oncológicas, 2010).
- En la práctica, en nuestro medio ya se han establecido y difundido procedimientos preventivos del CCR⁵. 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.

El PNCCR comenzó la implementación de las actividades de tamizaje poblacional en el año 2014 con dos pruebas piloto en las provincias de Tucumán y Misiones, financiadas por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Específicamente, el plan de tamizaje poblacional en esta última provincia se inició en la Zona Sanitaria Capital (ciudad de Posadas), y comprende al Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga y los 37 CAPS y 5 laboratorios de su zona de incumbencia.

El sistema de salud público de la provincia está conformado por 47

5 En este caso los trabajos mencionados son los de Gualdrini et al. (2005), y Fernández et al. (1999), ambos publicados en la revista *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*.

hospitales de diferentes niveles de complejidad y una cantidad mayor de Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) distribuidos en barrios urbanos y pequeñas poblaciones y parajes rurales.

Esa distribución está lejos de ser equitativa, ya que se caracteriza por una gran concentración de servicios sanitarios en la capital, más exactamente en el polo de hospitales de alta complejidad que existen en el Parque de la Salud de Posadas, y por prestaciones básicas en los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) que se distribuyen en los barrios y parajes. El sistema cuenta con hospitales de Nivel I y de Nivel II que se emplazan en localidades pequeñas y medianas y que derivan a Posadas los tratamientos de casos complejos, accidentes y partos complicados.

El proyecto incluyó la compra de equipos de videocolonoscopia y accesorios endoscópicos, kits para el test de sangre oculta en materia fecal (TSOMF) inmunoquímicos y equipos automatizados para la realización de inmunohistoquímica en anatomía patológica para CCR hereditario (Síndrome de Lynch) y la contratación de registradores y navegadoras para fortalecer el equipo de trabajo provincial.

Si bien existen diversas estrategias de tamizaje en población general, el PNCCR adoptó en ese momento la estrategia de utilización de un TSOMF con periodicidad anual para la población de 50 a 74 años sin síntomas ni antecedentes, familiares o personales, de CCR y/o pólipos. Este método de pesquisa ha demostrado en su etapa experimental una reducción de la incidencia y mortalidad por CCR y es una de las estrategias de tamizaje del CCR considerada costo-efectiva (Faivre et al, 2004; Edwards et al, 2010; Espínola et al, 2016).

En los años posteriores, y de manera escalonada, se fue expandiendo el alcance del programa a nuevas zonas sanitarias en Misiones y Tucumán y comenzó un nuevo programa piloto en la provincia de Mendoza de similares características. También se iniciaron proyectos piloto en las provincias de La Rioja, La Pampa y Santa Fe (Casilda). Paralelamente se han sumado algunas iniciativas puntuales en hospitales y CAPS en Cipolletti (Río Negro) y en la provincia de Buenos Aires.

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Dentro del área de la salud, las investigaciones sobre implementación de políticas públicas han tenido un amplio desarrollo en las últimas décadas⁶. En relación con políticas y programas vinculados a estrategias de detección precoz de distintas enfermedades se pueden encontrar diversos antecedentes abocados al estudio del proceso de implementación y, en particular, de las barreras y facilitadores en estas campañas (Anttila y Nieminen, 2000; Sankaranarayanan et al., 2001; Almonte et al., 2010; Arrossi et al., 2010; Zapka et al., 2004; McKee et al., 1999; Dzuba et al., 2005; Agurto et al., 2004; Jorgensen et al., 2001; Peters, 2008). Dentro de estos últimos, se resaltan dos perspectivas: por un lado, el análisis de las barreras y facilitadores a partir del estudio de la población objetivo (Euler-Chelpin et al., 2009; Weitzman et al., 2001; Paszat et al., 2006) y, por el otro lado, el análisis a partir del estudio de los equipos de salud intervinientes.

No obstante, dentro de la búsqueda bibliográfica realizada, se registró una mayoría de investigaciones sobre población objetivo y, además, sobre ciertos tipos de cáncer en particular (principalmente, mama y cérvico-uterino). En menor medida, se encontraron estudios que incluían la perspectiva de los miembros de los equipos de la salud (Baig et al., 2003; Bapuji et al., 2012; Wolf et al., 2007; Omran et al., 2015; López Torres Hidalgo et al., 2013; Sarfaty et al., 2013; Hannon y Harris, 2008; Wackerbarth et al., 2007; Sewitch et al., 2007, Woodrow et al., 2006; Schroy et al., 2002; Tong et al., 2004)

Estos estudios, que se han enfocado al análisis de las perspectivas de los profesionales de la salud vinculados directamente con programas de prevención de CCR, pueden caracterizarse de la siguiente manera. Por un lado, en éstas investigaciones se tiende a analizar una misma serie de variables: conocimientos, actitudes, percepciones, creencias y prácticas personales. Si bien los resultados dentro de estos estudios son diversos, se suele resaltar la relevancia de considerar tensiones y disputas entre los profesionales, las opiniones y priorizaciones con respecto a la política de prevención y, asimismo, el grado de conocimiento sobre CCR.

Por otro lado, y en relación con el punto anterior, se suelen priorizar téc-

6 En esta sección realizamos una síntesis de la literatura recabada sobre la temática en cuestión. El informe original incluye una revisión más amplia.

nicas de análisis cuantitativos para analizar las perspectivas profesionales. En la mayoría de los casos, esto implica priorizar la representatividad de la muestra, por sobre la profundidad de los datos. Así también, en los estudios antecedentes se suele enfatizar el análisis en médicos generalistas, más que otras especialidades y profesionales que también participan en la implementación de campañas de tamizaje. Además, se debe resaltar que la mayor parte de la bibliografía se ha producido en otros contextos político-sociales, dadas las escasas políticas de tamizaje poblacional de CCR en América Latina.

METODOLOGÍA

El presente es un estudio exploratorio-descriptivo y transversal, con técnicas de recolección de información y análisis cualitativas. El diseño de la investigación atravesó tres instancias. En primer término, el relevamiento de antecedentes a nivel regional y global 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 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. Como parte del relevamiento cualitativo de campo se realizaron 5 grupos focales en CAPS, 10 entrevistas individuales y una entrevista grupal en el HEA Dr. R. Madariaga y una entrevista individual en un CAPS. El trabajo de campo involucró a 55 personas (42 en CAPS y 13 en el Hospital).

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.

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 en la ciudad de Posadas y sus alrededores

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. 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 individuales y una 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 gestionadas de manera conjunta entre el equipo de investigación y referentes locales. 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. Además se realizaron actividades de observación participante acompañando 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 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.

RESULTADOS: REPRESENTACIONES SOCIALES DE LOS EQUIPOS DE SALUD

En esta sección se presentan los principales hallazgos⁷ sobre los diversos aspectos explorados: las representaciones de los equipos 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, test de sangra oculta en materia fecal-TSOMF-, seguimiento).

SOBRE EL CÁNCER 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 preconceptos 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.

7 Las palabras entrecomilladas refieren a verbatim obtenidos durante el trabajo de campo.

La actitud con la que el personal sanitario encara su misión preventiva guarda estrecha relación con lo que Andrea Jait revela en su análisis de la construcción mediática del cáncer a través de contenidos difundidos por la prensa (Jait 2014; Bruno et al., 2020). Siguiendo a Susan Sontang (1998)⁸, quien identifica el uso de la metáfora militar para caracterizar de la enfermedad, Jait (2014) 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. (p.5)

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 de la persona afectada: 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. 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.

8 “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.” (Sontang, 1998, p. 98).

SOBRE 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 programa⁹, 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, acostumbrada a actuar sobre cosas ya consumadas y que las personas acuden a los centros asistenciales recién al sentirse incapacitada por algún dolor: “Cuesta mucho que la gente venga al CAPS 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 recrudecen 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 colostomía¹⁰, exacerbando los fantasmas más angustiantes.

9 Como se mencionó oportunamente personas de 50 a 74 años sin síntomas ni antecedentes de CCR que se atienden regularmente en el sector público de salud de Posadas.

10 La colonoscopia es un examen del interior del colon realizado por medio de un colonoscopio con el fin de determinar si hay signos de enfermedad. A su vez la colostomía es un procedimiento quirúrgico que permite derivar el tránsito intestinal al exterior, sacando un extremo del intestino grueso a través de una abertura

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).

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. 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 obsceno, y que genera una dosis de pudor precursora de una fuerte ansiedad.

SOBRE EL PNCCR Y SU IMPLEMENTACIÓN

Como observación general, 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. 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.

SOBRE LA ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN DEL PNCCR

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

(estoma) hecha en la pared abdominal. Las heces que se movilizan a través del intestino salen por el estoma hasta la bolsa adherida al abdomen.

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 y 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 resignificar la temática de modo de ayudar a instalar la importancia de la prevención. 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.

Acerca de los medios, distintos actores refirieron que con 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.

En este sentido, resulta importante pensar 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 efectivo 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 con el bienestar de su comunidad: el lacito verde, alguna credencial. Esto posiblemente aumente las chances del test al año siguiente.

SOBRE EL RECLUTAMIENTO DE LOS PACIENTES

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. Por el contrario, los promotores, primer eslabón del circuito, parecen estar poco informados, lo cual 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” (como aquellas relacionadas con la vacunación y la 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 un registro 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.

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. La carga de trabajo administrativo se suma a la del trabajo clínico específico y dificulta la gestión de la información, insumo vital para el seguimiento adecuado de los pacientes en este tipo de estrategia de tamizaje.

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, lugar 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 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 navegadoras¹¹ 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 PNCCR 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”.

11 La navegación de pacientes consiste principalmente en actividades de seguimiento y acompañamiento de los pacientes durante el circuito de atención, facilitando el contacto con los efectores de salud que participan en el proceso y mejorando de esta forma la accesibilidad al sistema y al cuidado de su salud. Este rol es cumplido en general por un enfermero, trabajador social o empleado técnico debidamente formado y capacitado.

SOBRE EL 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. Por ejemplo, muchos pacientes, saturan la muestra porque temen no haber recolectado una muestra suficiente invalidándola. Otros repiten el test para reasegurarse el mismo resultado.

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 criterio 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 reales con la expectativa de ingresar en el circuito de diagnóstico y tratamiento priorizado por el programa gracias al test. De esta forma no esperarán el turno para colonoscopia brindado desde Gastroenterología, ya sea por las demoras que se registran en el estudio de riesgo cardíaco para anestesia por falta de anestesistas (lo cual genera un cuello de botella en el estudio de colonoscopia), o bien para evitar la burocracia de las obras sociales que piden muchos requisitos para autorizar este tipo de estudios.

En relación con 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, de por sí alta, y socava las posibilidades para convencer al paciente que se efectúe el test,

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.

SOBRE EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES

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 anestelistas para las colonoscopías. En este sentido habría que evaluar si es pertinente ampliar la captación.

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 PNCCR 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.

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 los responsables de la 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.

REFLEXIONES FINALES

El trabajo de campo realizado en la ciudad de Posadas indagó representaciones y opiniones de los equipos de salud de CAPS y el hospital de referencia sobre el funcionamiento 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 que se trata de un componente piloto del PNCCR y que se realizan ajustes entre niveles de atención, roles y funciones para resolver las tensiones mencionadas. Es evidente que a partir de una mayor capacitación del recurso humano y definiendo objetivos precisos y medibles en los contextos locales, el PNCCR será aprehendido por los equipos de salud locales, asumiendo la relevancia epidemiológica que el CCR tiene a nivel nacional.

Lo anterior nos lleva a considerar la relativa prioridad que se le otorga al PNCCR en los contextos locales, tema relevado en las entrevistas y grupos focales. En este sentido, otras actividades relacionadas con problemáticas de salud tradicionales en los servicios de atención primaria, como por ejemplo las materno-infantiles o las infecto-contagiosas, adquieren preponderancia en la práctica diaria de agentes sanitarios y médicos en los CAPS.

Por otro lado, la organización interna de los CAPS y su articulación en la práctica (no teórica o normativa) con los hospitales debe ser tenida en cuenta, ya que estas particularidades impactan de manera sustancial en la viabilidad del desarrollo de estrategias sanitarias en general, y del PNCCR en este caso específico. En este sentido, aceptando la adaptabilidad en roles y funciones en la implementación del programa, sería preciso establecer protocolos flexibles que orienten la acción de los equipos médicos para que, de esta forma, puedan ser previstas las estrategias que puedan desarrollarse. Se reduce así la complejidad que conlleva la heterogeneidad de prácticas, pero se contempla la plasticidad de las funciones.

Así mismo, sería importante tener en cuenta estas tensiones en la implementación del programa a la hora de definir y desarrollar planes para su

ampliación en el territorio. Un elemento que podría fortalecer la efectividad de dicha ampliación es la realización de campañas de comunicación masivas en medios locales (televisión, radio, redes sociales) y la generación de un plan de prensa para visibilizar las acciones y éxitos que va teniendo la aplicación del programa a nivel local. La coordinación en la realización de tales campañas es fundamental y podría orientarse a dos cuestiones interconectadas: en primer lugar, en la necesidad de realización de actividades de prevención secundaria para detectar el cáncer o los pólipos en una fase precoz, antes de que aparezcan síntomas, dirigidas tanto a la población objetivo como a los equipos de salud encargados de estas actividades; y por otro lado, intentar asignar un nuevo sentido en las representaciones sociales sobre el cáncer (asociadas actualmente en su mayoría a metáforas bélicas) a partir de la difusión de los efectos positivos que las actividades de prevención y detección precoz del CCR pueden tener.

Ahora bien, tal como se evidenció al relevar estudios sobre CCR, sería conducente asociar las campañas de prevención y detección precoz de cáncer, con campañas asociadas a otros eventos vitales significativos, como por ejemplo las campañas anuales de vacunación, los programas orientados al envejecimiento saludable, u otras actividades de difusión sanitaria. En este sentido, la tarea de la detección precoz y la aplicación de tamizaje, se torna compleja debido al carácter curativo que prevalece en nuestro sistema de salud por sobre el preventivo. Sabemos que la relación que existe entre el enfoque de la medicina curativa y las actividades sanitarias de carácter preventivo es compleja. Esto valoriza la posibilidad que significa la implementación de programas de prevención poblacional tales como el PNCCR a la hora de modificar esta relación y volcarla hacia un balance más equilibrado y sustentable.

Teniendo en cuenta el recorrido de este trabajo, aparecen dos grandes ejes a partir de los cuales se podría mejorar el programa: por un lado las representaciones sociales en torno al cáncer en general, y al CCR en particular, que obstaculizan el programa de prevención; y por el otro la necesidad de darle mayor peso e identidad al programa, de modo que cada actor involucrado se sienta parte de una estructura más amplia y comprenda el valor de su rol y la contribución que realiza, por parcial que esta sea, al éxito del programa.

Con respecto al primer punto es importante destacar que tanto el imaginario como las creencias relevadas acerca del cáncer no favorecen la im-

plementación de los programas de preventivos. El hecho de que no se reconozcan las diferencias que existen entre las diferentes formas que puede adoptar el cáncer, deja en la sombra una ventaja muy significativa que tiene la terapéutica existente para tratar el CCR: que su lento desarrollo permite ciertas posibilidades de detección temprana y tratamiento efectivo.

Es decir que para este tipo de cáncer podría favorecerse el desarrollo de un imaginario positivo, de tipo aspiracional: el de una persona sana y empoderada que puede hacerse cargo de su salud mediante un rol activo en la prevención, de manera similar al tono en el que se han desarrollado ciertas estrategias preventivas para el cáncer de mama. Las creencias en las que se invisibilizan la prevención, también se reflejan en una confusión considerable en torno a quiénes deberían realizar el TSOMF, relevada tanto en la población objetivo como en gran parte del equipo de salud (en muchos casos manifiestan que se lo tienen que hacer las personas con síntomas). De alguna manera podemos vincular esta actitud con un prejuicio mayor establecido a partir de la mencionada metáfora bélica del cáncer, en la que no hay lugar para un sujeto activo ligado a vivir con calidad. 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.

En relación con la necesidad de darle mayor peso e identidad al programa, pareciera que, aunque el tema es relevante, carece todavía de peso suficiente como para entrar en la agenda sanitaria. Prácticamente ninguno de los actores del programa entrevistados tenía datos acerca de los objetivos del mismo y, menos aún, de las variables establecidas para evaluar su desempeño. Esto quita potencia y sentido a la acción de cada uno de los participantes del equipo de salud en el proceso de tamizaje debilitando la percepción de la utilidad de sus acciones y también su sentido de pertenencia con el programa.

En esta dimensión también podría trabajarse a partir de la jerarquización de determinadas tareas o funciones propias del proceso de tamizaje. Tal es el caso de las enfermeras, los laboratoristas o los data entries que, en algunos casos, cumplen funciones más calificadas que las correspondientes a su rol según la normativa del programa (ya que los médicos en muchos casos están sobrecargados de trabajo y se dedican a “apagar incendios”, dejando de lado estas actividades de prevención), y que podrían tener un mayor reconocimiento. Otra posibilidad de jerarquización, esta vez de carácter semántico,

sería la de renombrar la actividad de “consejería” como “evaluación de riesgo”, haciéndola de esta forma una actividad más claramente decodificable para los pacientes y de más responsabilidad para los miembros del equipo de salud que la ejercen.

Finalmente, hay ciertas cuestiones operativas, tales como el aumento en el volumen de reclutamiento, que podrían mejorarse para lograr una mayor captación de población objetivo, aunque esto seguramente entra en tensión con las posibilidades de finalizar el circuito de diagnóstico y el posterior tratamiento en forma fluida en aquellos casos en los que TSOMF da positivo, teniendo en cuenta las capacidades limitadas (equipo y recursos humanos capacitados) para la realización de colonoscopías existentes al momento de realizar el trabajo de campo en Posadas.

Referencias Bibliográficas

- 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., Torhtermel, 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. *CancerEpidemiology*, 36 (2012), 258–264.
- Bruno, D. P., Demonte, F. C., & Jait, A. R. (2020). Hablar de Cáncer Colorrectal: estudio de recepción de mensajes de un programa nacional de salud en Argentina. *La Trama de la Comunicación*, vol. 24, núm. 1, 2020, Universidad Nacional de Rosario
- Curado, M. P., Edwards, B., Shin, H. R., Storm, H., Ferlay, J., Heanue, M., & Boyle, P. (2007). *Cancer incidence in five continents, Volume IX*. IARC Press, International Agency for Research on Cancer.
- Díaz, M. C. (2019) Impacto del tamizaje para colorrectal en personas de 50 años con cobertura pública exclusiva en Argentina, en el marco de la Cobertura Universal de Salud. INC. República Argentina
- Dzuba, I.G., Calderon, R., Bliensner, S., Luciani, S., Amado, F. y Jacob, M. (2005). A parti-

- cupatory assessment to identify strategies for improved cervical cancer prevention and treatment in Bolivia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 18(1), 53-63.
- Edwards, B. K., Ward, E., Kohler, B. A., Ehemann, C., Zauber, A. G., Anderson, R. N. & Ries, L. A. (2010). Annual report to the nation on the status of cancer, 1975-2006, featuring colorectal cancer trends and impact of interventions (risk factors, screening, and treatment) to reduce future rates.
- Espinola, N., Maceira, D., & Palacios, A. (2016). Costo-efectividad de las pruebas de tamizaje del cáncer colorrectal en la Argentina.
- 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.
- Faivre, J., Dancourt, V., Lejeune, C., Tazi, M. A., Lamour, J., Gerard, D. & Bonithon-Kopp, C. (2004). Reduction in colorectal cancer mortality by fecal occult blood screening in a French controlled study. *Gastroenterology*, 126(7), 1674-1680.
- Ferlay, J., Colombet, M., Soerjomataram, I., Mathers, C., Parkin, D. M., Piñeros, M. & Bray, F. (2019). Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: Globocan sources and methods. *International journal of cancer*, 144(8), 1941-1953.
- Fernández, J. L., Gallegos, M., Brochero, A., Arevalo, C., & Piccioni, H. (1999). Screening for colorectal cancer with an immunological fecal occult blood test. *Acta gastroenterologica Latinoamericana*, 29(2), 73-78.
- Gualdrini U (2016) Relato anual 2016: pesquisa del cáncer colorrectal / capítulo 2: epidemiológica del cáncer colorrectal. *Rev Argent Coloproct* 2016. Vol 27, N° 1: 9-18
- Gualdrini, U, Sambuelli, A., Barugel, M., Gutiérrez, A., & Ávila, K. C. (2005). Prevención del cáncer colorrectal (CCR). *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*, 35(2), 104-140.
- 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.
- Hannon, P. y Harris, J. (2008). Interventions to Improve Cancer Screening Opportunities in the Workplace. *American Journal of Preventive Medicine*, 35(1S), 10-13.
- Jait, A. (2014) Análisis de la construcción mediática del cáncer para la formulación de aportes comunicacionales que contribuyan a mejorar el conocimiento de la prevención y la detección temprana de los tumores de mayor incidencia y

mortalidad en la población argentina. Informe Final de Investigación. CNSI. Ministerio de Salud de la Nación.

- 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., Muliira, 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.
- Organización Mundial de la Salud (2018). Observatorio Global de Salud. Ginebra: OMS.
- 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.
- Programa Nacional de Consensos Inter-Sociedades Programa Argentino de Consensos de Enfermedades Oncológicas (2010): Guía de recomendaciones para la prevención y detección precoz del CCR. Programa Nacional de Consenso Inter-Sociedades. Academia Nacional de Medicina. Recuperado de: http://www.satorradioterapia.com.ar/material/consensos/consenso_prevenccion_ccr2010.pdf.
- 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., Doroshenk, 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.
- Wackerbarth, S. B., Tarasenko, Y. N., Curtis, L. A., Joyce, J. M., & Haist, S. A. (2007). Using decision tree models to depict primary care physicians CRC screening decision heuristics. *Journal of general internal medicine*, 22(10), 1467-1469.
- 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).
- Zapka, J., Puleo, E., Taplin, S., Goins, K., Ulcickas, 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.

