

BARRERAS Y FACILITADORES DEL ACCESO AL TAMIZAJE DE CÁNCER COLORRECTAL

YAMILA SCHENFELD¹, JOEL SCHERNENCO¹, MARÍA BELÉN BELLANDO¹, MANUEL ROBLES¹,
GONZALO PICARDI¹, IÑAKI M. DOPAZO DANIELI¹, LUCÍA ALBANESI¹, MARÍA ERNESTINA REIG²,
MARÍA EUGENIA ESANDI^{1,3}, ARIANA BRUZZONE⁴

¹Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Sur, ²Secretaría de Salud, Municipio de Bahía Blanca, ³Departamento de Economía, Universidad Nacional del Sur, ⁴Instituto de Investigaciones Bioquímicas Bahía Blanca-CONICET, Buenos Aires, Argentina

Dirección postal: Ariana Bruzzone, INIBIBB, CONICET, Camino de la Carrindanga Km 7, 8000 Bahía Blanca, Buenos Aires, Argentina

E-mail: ariana.bruzzone@gmail.com

Recibido: 2-VIII-2023

Aceptado: 8-XI-2023

Resumen

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) es un problema de salud a nivel global. En el sector público de Bahía Blanca, el tamizaje de CCR es oportunista, por solicitud de sangre oculta en materia fecal (SOMF). El objetivo de este trabajo es describir el acceso al tamizaje de CCR de la población con cobertura pública exclusiva que reside en el área programática 2 de la ciudad entre 2019 y 2021, y relevar las barreras y facilitadores que lo determinan.

Métodos: Se estimó la tasa de uso anual y acumulada de SOMF. Las barreras y facilitadores se relevaron a través de 41 entrevistas individuales semi-estructuradas al personal de salud del área programática, el Hospital Municipal, Secretaría de Salud y usuarios/no usuarios del sistema.

Resultados: La tasa acumulada de uso de SOMF en el período fue 4.8%. Entre las barreras al tamizaje percibidas se destacan: la dificultad en el acceso a estudios de mayor complejidad para pacientes con SOMF+, el desconocimiento y falta de percepción del CCR como un problema de salud por parte de la población y la baja adherencia de los profesionales a los lineamientos. La territorialidad y el vínculo de los centros de salud con la población, y la predisposición de usuarios y profesionales a incorporar el tamizaje surgen como facilitadores del mismo.

Conclusiones: El relevamiento de las barreras orientará el diseño de estrategias adaptadas al contexto que permitan en el futuro reforzar el tamizaje.

Palabras clave: rastreo, sangre oculta en materia fecal, neoplasia, cáncer colorrectal

Abstract

Barriers and facilitators of colorectal cancer screening access

Introduction: Colorectal cancer (CRC) is a global health problem. In the public sector of Bahía Blanca, CRC screening is opportunistic, through the request of fecal occult blood test (FOBT). The objective of this study is to describe access to CRC screening for the population with exclusive public coverage residing in the programmatic area 2 of the city between 2019 and 2021, and to identify the barriers and facilitators that determine it.

Methods: The annual and cumulative usage rate was estimated based on the number of patients who requested FOBT. The barriers and facilitators were studied through 41 semi-structured individual interviews to healthcare staff from the area, the Municipal Hospital, Health Secretariat and users/non-users of the system.

Results: The cumulative usage rate of FOBT during the period was less than 5%. Among the perceived barriers to screening, we found: the difficulties in accessing more complex studies for patients with positive FOBT, the lack of population awareness and perception of CRC as a health problem, the low adherence of professionals to guidelines. The territoriality and link of health centers with the population, as well as the willingness of users and professionals to incorporate screening, emerge as facilitators.

Conclusion: The identification of barriers and facilitators will allow the design of context-adapted strategies that will strengthen screening in the future.

Key words: screening, colorectal cancer, fecal occult blood test, neoplasm

PUNTOS CLAVE

Conocimiento actual

- El cáncer colorrectal es el segundo cáncer en incidencia y mortalidad en nuestro país. A pesar de la existencia de un programa nacional, solo el 30% de la población refiere haberse hecho alguna vez alguna prueba de rastreo, y la mayoría de los CCR se diagnostican en estadios avanzados.

Contribución al conocimiento actual

- Este trabajo releva la magnitud de la brecha en el acceso al tamizaje del cáncer colorrectal a nivel de un área de un municipio, y pone en agenda la necesidad de abordar barreras relacionadas con el sistema de salud (disponibilidad de videocolonoscopías y registro de datos), la población (desconocimiento) y los profesionales (falta de adherencia) para sostener la implementación de un tamizaje de CCR.

El cáncer colorrectal (CCR) constituye un problema sanitario a nivel mundial, debido a su alta incidencia y mortalidad, así como a la complejidad de su abordaje por los sistemas de salud. Los programas de detección temprana, aunque complejos, son costo-efectivos y logran disminuir la mortalidad específica por esta enfermedad^{1,2}.

El Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana del CCR, recomienda el testeo bienal por sangre oculta en materia fecal (SOMF) para la población entre 50-74 años con riesgo promedio (sin síntomas ni antecedentes familiares y/o personales)³. En el caso de test positivo, se deriva para videocolonoscopía (VCC) complementaria y en caso de hallazgos patológicos, tratamiento y seguimiento individualizado³. El Programa Provincial para el abordaje del CCR sigue los lineamientos propuestos por el Programa Nacional⁴.

El uso de la prueba de detección con SOMF tiene un impacto positivo en la reducción de casos y muertes por CCR, así como en los costos para el Estado relacionados con el tratamiento de estos casos^{5,6}. Si se considera una perspectiva social, como los costos que implica la muerte de una persona por pérdida de productividad, se pone aún más de manifiesto la relevancia del tamizaje. A nivel global, la experiencia en la implementación de estos programas de cribado señala la dificultad de lograr altos niveles de cobertura debido a la presencia de múltiples barreras, tanto en los propios sistemas de salud, como en la población destinataria⁷⁻⁹, barreras más determinantes en grupos poblacionales vulnerables¹⁰.

En Argentina, a pesar que el CCR representa el segundo cáncer tanto en incidencia como en mortalidad¹¹, la cobertura de tamizaje es muy baja, especialmente en personas con cobertura pública y bajo nivel socioeconómico¹². Más del 51% presenta estadio clínico avanzado al momento del diagnóstico, con una supervivencia promedio a 5 años del 18.5%^{12,13}.

En la ciudad de Bahía Blanca el Programa Nacional no ha sido implementado y el tamizaje de la población con cobertura pública se realiza de manera oportunista a través del pedido de SOMF (realizado por inmuno-cromatografía) en los centros de salud ubicados en las diez áreas programáticas (AP) en las que se subdivide el sistema público de salud municipal (primer nivel de atención). Tanto la realización de la SOMF, la VCC, como el resto del circuito, se realiza en el Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero (segundo nivel de atención).

En el marco de una investigación que aborda problemas de salud prioritarios de la ciudad en un contexto post-pandemia, una de sus líneas

se focalizó en las brechas relacionadas al tamizaje del CCR. El objetivo fue describir el acceso a dicha práctica en la población con cobertura pública exclusiva que reside en el AP2 de la ciudad entre 2019 y 2021 e identificar las barreras y facilitadores que inciden en el acceso al tamizaje desde la perspectiva de los profesionales de la salud, usuarios y no usuarios de los servicios.

Materiales y métodos

Diseño y área de estudio

Se realizó un estudio descriptivo, con diseño híbrido, que combinó técnicas cualitativas y cuantitativas en el AP2 de Bahía Blanca (Región Sanitaria 1, provincia de Buenos Aires). El AP2 es una de las áreas de mayor extensión del municipio, conformada por dos centros de salud y tres unidades sanitarias. Provee atención a una población de 19773 habitantes (según censo 2010), muchos de los cuales se encuentran en situación de alta vulnerabilidad social. El 80% de esta población se atiende en el sistema público de salud. El 16.8% se encuentra en el rango etario objetivo para tamizaje.

Estudio cuantitativo

Diseño descriptivo, retrospectivo, sobre el acceso al tamizaje de CCR. Se consideró como población objetivo de tamizaje a las personas, de ambos sexos, con cobertura pública y riesgo promedio de CCR definida por el Programa, entre 50-75 años y residentes del AP2 durante el período 2019-2021.

Indicadores de acceso

Prevalencia anual de SOMF: cantidad de individuos en quienes se realizó el test/total población objetivo durante el período. Se consideró que un individuo se realizó el tamizaje cuando se constató el registro de realización de la SOMF en laboratorio del Hospital Municipal.

Número consultas realizadas al servicio de gastroenterología/oncología: cantidad de consultas derivadas del AP2.

Tomando como referencia la población descripta para el AP2 se calculó la tasa de uso de SOMF teniendo en cuenta los siguientes supuestos: 1) Todas las SOMF corresponden a pedidos de tamizaje y a personas que residen en el AP2; 2) El 80% de la población del AP2 se atiende en el subsector público; 3) Si bien la mayoría de las SOMF son por tamizaje, la fuente del dato está centralizada en el laboratorio, es posible que algunos pedidos no se hayan vinculado a la correspondiente AP. 4) El Programa Nacio-

nal estipula una cobertura aceptable del 40% para 4 años. Podríamos estimar un 10% anual, lo que sería para nuestro período de estudio un 30%.

Los datos para la estimación de estos indicadores se obtuvieron a partir del sistema de información de la Secretaría de Salud de la ciudad, del departamento de epidemiología y de los diferentes servicios del Hospital Municipal.

Estudio cualitativo de barreras y facilitadores

Se utilizó el meta-marco consolidado de la Investigación en Implementación^{15,16} para relevar las barreras y facilitadores del acceso al tamizaje a nivel organizacional y el marco teórico propuesto por Michie¹⁷ para relevar los factores individuales que obstaculizan o facilitan el acceso de las personas al tamizaje.

La población de estudio estuvo constituida por el personal de salud que se desempeña en el primer nivel de atención (PNA) y/o en el nivel de mayor complejidad con el cual el PNA articula (se consideró cubrir todos los niveles y servicios involucrados en el continuo de atención), decisores y funcionarios de la Secretaría de Salud y Región Sanitaria (Provincia) y por usuarios (individuos que asisten a los centros de salud al menos una vez al año) y no usuarios (individuos que han asistido menos de una vez por año en los últimos dos años). Para la selección de actores clave a entrevistar, se empleó un muestreo intencional. Su identificación se realizó a partir de una entrevista al equipo de conducción del AP2. Otros entrevistados fueron reclutados a través de las técnicas de muestreo en bola de nieve. Los usuarios se identificaron en las unidades sanitarias de manera aleatoria, mientras que los no usuarios, fueron identificados junto a la promotora de salud. El tamaño muestral se definió por saturación temática.

Se diseñaron los instrumentos de entrevistas los cuales fueron piloteados para corroborar entendimiento y coherencia (material suplementario: disponible para aquellos que lo necesiten mediante solicitud al autor). Cada participante fue entrevistado por única vez, en los lugares de trabajo, centros de salud o zonas barriales. Ocho entrevistas se realizaron por plataforma virtual. Los participantes no tenían relación alguna con los entrevistadores y conocieron sobre el proyecto al momento de realizar las entrevistas. Las entrevistas a los profesionales tuvieron una duración de 33 min promedio, mientras que la de los usuarios/no usuarios 6 min. Solo los entrevistadores y entrevistados estuvieron presentes al momento de las entrevistas.

Las entrevistas fueron grabadas, transcritas y codificadas. Los datos cualitativos resultantes fueron analizados tanto deductivamente (codificando los datos según los temas clave de los marcos conceptuales existentes)

como inductivamente (utilizando el análisis temático para obtener nuevos temas o hallazgos inesperados a través de la codificación y categorización de datos) utilizando el software Nvivo. Los resultados del trabajo fueron compartidos con los entrevistados para sus comentarios o sugerencias. El trabajo contempla los criterios consolidados para informar sobre investigaciones cualitativas (COREQ)¹⁸.

Aspectos éticos

El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética y de Docencia e Investigación del Hospital Municipal. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado para participar del estudio.

Resultados

Acceso al tamizaje de cáncer colorrectal en el Área Programática 2 de Bahía Blanca

La frecuencia estimada de solicitud de la SOMF del AP2 para el año 2019 fue de 2.6%, observándose un descenso en los dos años de la pandemia (Tabla 1). De acuerdo a las metas del Programa, en un período de tres años, se esperaba alcanzar un 30% de cobertura. Sin embargo, si se considera el porcentaje acumulado entre 2019 y 2021, este porcentaje no alcanza el 5%.

Teniendo en cuenta que el porcentaje de positividad del test en el periodo fue del 21%, podríamos estimar que en el periodo evaluado 28 test realizados habrían resultado positivos. Sin embargo, se informan solo 4 derivaciones a gastroenterología referenciadas desde el AP2 (sin distinguir motivo de derivación). En referencia a los datos del servicio de oncología, en el período de estudio se diagnosticaron 4 pacientes con CCR que provenían del AP2 (dos en estadio II, uno en estadio III y un estadio IV) y se registraron 2 muertes por CCR.

Barreras y facilitadores del tamizaje de cáncer colorrectal

Se realizaron un total de 41 entrevistas semiestructuradas a actores clave con funciones de implementadores del tamizaje, funcionarios o decisores (en la Tabla 2 se describe el perfil de los entrevistados) y un total de 16 entrevistas a usuarios y no usuarios. Solo dos profesionales de la salud y dos usuarios/no usuarios no aceptaron participar (razones desconocidas).

Según la mirada de algunos integrantes del PNA, en el AP2 se realiza tamizaje de CCR, aprovechando la visita del paciente al centro de salud por otros motivos. Contrariamente, la mayoría de los entrevistados, pertenecientes al segundo nivel de atención o funcionarios concuerdan con la inexistencia de tamizaje: “desde que yo estoy en el hospital (hace 3 años), estadio 1 literal (en referencia a tumores de CCR) creo que vi uno solo. Vemos más de 3 y 4, y tiene que ver con que no hay un buen programa de tamizaje” (I-34). En la Tabla 3 se describen algunos verbatim representativos para cada uno de los constructos evaluados del marco teórico utilizado¹⁶.

1. Intervención

La mayoría de los entrevistados señalaron al tamizaje cómo sencillo. Sin embargo, estos entrevistados se refirieron a la práctica de SOMF, sin considerar el circuito completo de atención: “es una técnica no dolorosa, no invasiva, no tiene ningún riesgo para el paciente” (F-37). Pocos entrevistados refirieron sobre la complejidad innata del tamizaje cuando se tiene en cuenta el continuo de atención y solo uno de ellos se refirió a los elevados costos asociados.

Si bien la mayoría observó que existe una mayor adherencia a la SOMF en relación a la VCC, en numerosas ocasiones señalaron que ambas

Tabla 1 | Tasa de uso de sangre oculta en materia fecal en el Área Programática 2 de Bahía Blanca

Año	2019	2020	2021
SOMF realizadas	70	32	34
Cantidad SOMF esperados según meta	271	301	298
Cantidad SOMF faltantes	201	269	264
Tasa Uso de SOMF	2.6%	1.1%	1.1%
Diferencia Tasa esperada - observada	7.4%	8.9%	8.9%

SOMF: sangre oculta en materia fecal. Fuente información: laboratorio central Hospital Municipal

Tabla 2 | Perfil de entrevistados del Sistema de Salud

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

técnicas presentan resistencia para su realización por parte de los usuarios. En varias ocasiones surgió la palabra “tabú”, “miedo” y “vergüenza”: “Es primordial la concientización y hablar del tema, es un tema que no sé si es tabú o qué, pero todo lo relacionado al colon o cola no se habla” (I-10).

2. Contexto externo

Todos los entrevistados señalaron el impacto negativo de la pandemia por COVID-19 en el control de enfermedades crónicas. En referencia a las enfermedades oncológicas, la percepción es que hubo un retraso en los diagnósticos debido a la dificultad de acceder a los turnos y controles.

La falta de una política formal fue referida por la totalidad de los entrevistados. En relación a esto un entrevistado con rol de decisor señaló: “En el caso de CCR seguramente tenemos muy baja cobertura, seguramente hacemos diagnóstico y no rastreo, y tiene que ver con eso, no tenemos una política o una cuestión clara de detección en el PNA” (D-33). En varias oportunidades los entrevistados refirieron la falta de políticas sanitarias a largo plazo, la política de atención basada en la enfer-

medad y la fragmentación del sistema de salud como posibles obstaculizadores del tamizaje.

3. Contexto interno

La mayoría de las entrevistas señalan problemas de comunicación entre el primer y segundo nivel de atención, por falta de canales formales y de un sistema de contrarreferencia desde el segundo nivel de atención, que es percibida en ciertas ocasiones como una desestimación de la labor realizada en el primer nivel: “Me ha pasado también de mandar pacientes a XXX porque no he sabido yo como abordarlos, que superó la atención primaria y corresponde que lo vea el segundo nivel. Y me lo han devuelto diciendo, bueno, seguí así como está. Y el paciente vuelve con los mismos síntomas... como un menosprecio a la atención primaria” (I-25). Hubo un acuerdo generalizado entre los entrevistados sobre la necesidad de recurrir a las redes informales para poder completar los circuitos necesarios, muchas veces sujeto a la voluntad de los profesionales.

Muchos de los entrevistados tanto del PNA, como decisores, concuerdan que la presencia de los centros de salud en el territorio, y la confianza que generan en la población actuarían como facilitadores del tamizaje. Sin embargo, la cultura hospital-céntrica y la resistencia al registro fueron percibidos como obstaculizadores al momento de pensar en estrategias preventivas.

En numerosas ocasiones resaltaron las dificultades en el registro de la información, ya sea por una desvalorización de la tarea, por incompatibilidad entre los sistemas informáticos, o por la creencia de que no es un trabajo que corresponda a los profesionales de la salud.

La predisposición observada por los miembros de los equipos de salud al reflexionar sobre propuestas para aumentar el tamizaje de CCR estuvo presente en la totalidad de los entrevistados. En muchas ocasiones se destacó el compromiso de los profesionales de ambos niveles de atención en realizar trabajos extras relacionados al tamizaje, como declara un profesional del PNA: “Muchas veces cuando consideramos que tiene prioridad, levantamos el teléfono, por más que esteemos 20, 40 minutos, hasta que nos atienda alguien del servicio y hablamos directamente con el gastroenterólogo, o la secretaria o lo que fuere. Y salteamos ese paso. No es lo que se debe hacer, pero hay veces que el paciente lo amerita” (I-19)

Tabla 3 | Barreras (B) o facilitadores (F) del tamizaje en el Área Programática 2 de Bahía Blanca y verbatim representativos para cada uno de los constructos y dominios definidos por el Meta-marco Consolidado de la Investigación en Implementación¹⁷

	CONSTRUCTO	B/F	VERBATIM
INTERVENCIÓN	Complejidad y costos	B	“En colon los costos son mayores, y las implicancias de armar todo un sistema. Un endoscopista no te va a alcanzar. Un servicio de cirugía que cada tanto no tiene cama para operar... y con un hospital de 4 horas tampoco te va a alcanzar. Me parece que lo que tenés que cambiar es todo el sistema” (I-2).
	Ventaja relativa	B	“Cuando a la gente le piden SOMF dice: ay no que feo eso, no me lo quiero hacer y me da vergüenza traerte la materia fecal y todas esas cosas” (F-37). “Esas 2 cosas (en relación a SOMF y VCC) realmente no ayudan, porque cuando uno tiene que pedirle al paciente y dice la VCC, hay que explicarle como es el estudio, realmente ya hay un montón de barreras culturales también ahí” (I-10).
CONTEXTO EXTERNO	Incidentes críticos: pandemia COVID-19	B	“Una vez que se levantó la pandemia operábamos todos cáncer avanzado. Pacientes que se dejaban estar porque no podían ir al hospital, o pacientes que se les postergó estudios y después nunca más aparecieron” (I-29).
	Condiciones locales	B	“Vos pensá que el Hospital se maneja por un lado, la Secretaría de Salud por el otro y los privados por otro” (D-28).
	Políticas y leyes	B	“lo que pasa en el PNA es una burbuja, lo del segundo nivel es otra burbuja y generalmente es totalmente distinto a lo que nosotros vemos desde acá” (I-24).
CONTEXTO INTERNO	Conexiones	B	“queremos empezar a trabajar con las unidades sanitarias y nosotros en protocolos de generación de redes y derivaciones oportunas y adecuadas; en todo hay barreras” (D-31).
	Comunicaciones	B	“hay que formalizar las cosas porque viste que el ámbito, sobre todo médico, es totalmente informal el sistema” (D-28).
	Cultura	F/B	“Piñeiro (centro de salud) tiene una presencia muy fuerte en la comunidad. Y cuando digo esto digo que la comunidad confía mucho en el equipo de salud. La impronta es de un gran compromiso con la comunidad” (I-13). “Como es una práctica de prevención y promoción, en general los profesionales, sobre todo médicos de familia son muy permeables a ese tipo de cuestiones, entonces eso sería un facilitador” (D-33). “La atención basada en la enfermedad y no en la salud. Y eso ahí también te pegás con lo que es el hospital-centrismo (...) cuando te dan el 80% de presupuesto para un hospital y el 15 % para el PNA, y eso habla también. El screening se hace en el PNA no se hace en hospital, en el hospital se hace la cirugía de CCR” (D-1).

(continúa)

(continuación)

	CONSTRUCTO	B/F	VERBATIM
CONTEXTO INTERNO	Prioridad relativa	B	"la política pública está enfocada como tradicionalmente al niño y a la mujer, y los tamizajes siempre se orientan a alguna enfermedad un poco más conocida y con mayor visibilidad, como el cáncer de cuello de útero y el de mama" (I-21).
	Recursos	B	"El sistema colapsado, si los mandás a hacer una colonoscopia ¿cuánto tarda? Hay gente que está esperando hace tres meses" (I-20) "Hoy el sistema no está preparado para ofrecer una colonoscopia a nadie" (I-21).
	Acceso al conocimiento y la información	B	"La verdad es que no conozco ni el procedimiento" (I-21).
INDIVIDUOS	Ejecutores de la intervención		
	Capacidad (Desconocimiento y falta de adherencia)	B	"Yo la verdad que no sabía que se podía hacer SOMF para detectar" (I-11). "Me ha pasado que, por ejemplo, pacientes que le piden SOMF, pero el motivo de consulta es proctorragia, es sangrado. Entonces ahí te das cuenta de que no está la información bien dada, porque si un médico le pide SOMF a alguien que le dice "hice caca con sangre" estamos mal" (I-34).
	Motivación	B	"el PNA labura sin una demanda explicita de parte de la comunidad (...) hay que generar la demanda y eso requiere de una actitud protagonista de parte del agente de salud. Esa persona que va a consultar es una oportunidad que tiene el médico para preguntar estas cuestiones, pero también podés dejarlas pasar. Porque adentro del consultorio están solos digamos" (I-13)
	Destinatarios de la intervención		
	Necesidad	B	"la población con la que trabajamos se preocupa de pensar qué come al otro día. No hay una apropiación de la cuestión preventiva puntualmente en cáncer" (I-21). "Yo creo que no deben tener mucho registro las personas del CCR. Yo creo que no porque no lo manifiestan y no es algo que les preocupe" (I-17).
	Capacidad	B	"No sé mucho (en relación al CCR). He escuchado creo que en la radio y en algún lado de algún conocido, pero no más que eso" (U-16).
Motivación	B	"No, no, ni me lo haría (en relación a los estudios) porque creo que es algo muy doloroso porque he escuchado como hacen esos estudios. Claro, entonces eso me da terror, me da terror. Porque te vuelvo a repetir, como gracias a Dios no tengo síntomas" (U-9). "En el caso de que haya posibilidad de que tenga algo malo obvio me quedaría tranquila. Pero para hacer un estudio normal no" (U-10).	

Códigos de las citas: I: implementador, D: decisor, F: funcionario, U: usuario/no usuario. CCR: cáncer colorrectal. PNA: primer nivel de atención. SOMF: sangre oculta en materia fecal. VCC: video-colonoscopy

Con respecto a la prioridad relativa, un número importante de entrevistados refirió que el abordaje del CCR no sería una prioridad sanitaria para el sistema de salud local. El PNA se focaliza en aspectos preventivos dirigidos principalmente a mama y cuello de útero. Sumado a esto, la totalidad de los entrevistados refieren una ausencia de lineamientos claros para el abordaje del CCR y de un espacio formal de capacitación. Como describen los propios actores, las capacitaciones en la temática dependen del interés personal de los profesionales y en varias oportunidades se relacionó el ofrecer esta práctica como una cuestión moral: “No debería haber bajada de línea, debería haber responsabilidad. Es cuestión de obligación moral hasta se podría decir” (I-25).

En relación a los recursos, todos los entrevistados señalaron la falta de mayores recursos humanos en todos los niveles de atención, puesta más en relieve durante y luego de la pandemia. La mayoría responsabilizan a los salarios bajos del sistema público en comparación con el privado, aunque en algunas ocasiones, surgió su relación con la falta de compromiso por el trabajo y de no querer afrontar situaciones de estrés, principalmente en las generaciones más jóvenes: “el hospital tiene que competir con el ingreso de los profesionales de la parte privada, es decir si no lo igualan o mejoran, quien se va a quedar acá” (I-2). Absolutamente todos los entrevistados manifestaron que la barrera más importante es el acceso a la VCC. Algunos señalaron que la falta de profesionales y espacios destinados a la prevención, el aumento en la demanda de este tipo de práctica, sumado a la escasez de equipamiento por roturas y demoras en su reposición provocó una demanda contenida que limita la capacidad resolutive del sistema a los casos sintomáticos. La apreciación de los profesionales es que hoy el sistema no estaría preparado para incorporar un tamizaje poblacional: el aumento de la demanda provocaría cuellos de botella en prácticamente todos los servicios involucrados, debido a que los mismos están trabajando al límite de sus capacidades.

4. Individuos

4.1 Profesionales responsables de la práctica de tamizaje

Algunos entrevistados manifestaron que los propios individuos del sistema no ven al CCR

como un problema relevante. Un profesional opinó: “yo creo que en la medida en que esto se sintiera como problema o se visualizara como problema, obviamente se laboraría” (I-21). Con respecto al tamizaje, la mayoría de los entrevistados percibieron una falta de adherencia a las recomendaciones y una falta de conocimiento de los procedimientos, como por ejemplo qué profesional debe indicar la práctica, pedir VCC en vez de SOMF, no tener en cuenta antecedentes de riesgo, o pedir SOMF en personas con sintomatología.

Varios profesionales de la salud remarcaron que la prevención en CCR y generar la demanda en la población queda circunscripto a lo que ocurre dentro de los consultorios de los centros de salud y que es una práctica de la cual son responsables los médicos, y no dependería de ningún otro miembro de los equipos de salud

4.2 Población destinataria

La mayoría de los entrevistados del sistema de salud coincidieron en que la vulnerabilidad social, el déficit en el autocuidado de la salud y la ausencia de percepción del CCR como un problema de salud por parte de la población, son factores claves que inciden en el acceso a la práctica.

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

Al entrevistar a los usuarios y no usuarios del sistema de salud se confirma el desconocimiento percibido por los profesionales. En la mayoría de los casos, los entrevistados refirieron no haberse hecho nunca una prueba de rastreo, ya sea por falta de ofrecimiento, porque consideraban que debido a la ausencia de síntomas no era necesario o por miedo. En los pocos casos que

los usuarios refirieron haberse realizado alguna vez alguna prueba, en ninguna ocasión fue en un contexto preventivo.

Discusión

El trabajo describe por primera vez la magnitud de la brecha de implementación del tamizaje de CCR de una población con cobertura pública en la ciudad de Bahía Blanca y los aspectos que lo obstaculizan o facilitan, a través de las percepciones de los propios trabajadores, usuarios y no usuarios del sistema de salud. Se relevaron barreras pertenecientes a diferentes niveles del sistema que inciden en el mismo, entre ellas la falta de acceso a la VCC, el desconocimiento y falta de percepción del CCR como un problema de salud por parte de la población y la falta de adherencia de los profesionales a la práctica. Aun cuando emergen ciertos facilitadores del tamizaje, el acceso limitado, dentro de un sistema de salud fragmentado y heterogéneo¹⁹, y las barreras encontradas señalan un sistema de salud desarticulado para promover acciones preventivas que incluyen la detección, diagnóstico y tratamiento. Esto indicaría una falta de preparación del sistema en general para sostener una intervención tan compleja como es el rastreo de CCR.

Un punto destacable es el contraste de miradas sobre la realización de tamizaje entre los trabajadores del primer y segundo nivel de atención, y entre éstos y los usuarios. Pese a que el PNA sostiene que se realiza tamizaje, ningún usuario refirió haberse realizado las pruebas de detección en un contexto preventivo. Esto concuerda con la baja cobertura de SOMF observada. Esta baja cobertura replica lo observado en otros lugares, aun en países con programas poblacionales implementados^{20,21}. En Latinoamérica, solo Brasil, Chile y Argentina han desarrollado programas de tamizaje de base poblacional, en fase piloto y sin alcance nacional^{22,23}. Ecuador reporta por ejemplo una cobertura menor al 10%²⁴. La meta de cobertura del Programa Nacional es del 40% de la población objetivo en 4 años. A pesar que el programa ha sido implementado en algunos municipios, y que se cuenta con un sistema de información donde se registran los datos (SITAM) aún se desconocen en gran medida los resultados de estas experiencias.

La escasez de disponibilidad de VCC percibida por la totalidad de los entrevistados es una limitación constante en economías emergentes que dificulta el tamizaje oportuno²⁴. Un estado de situación realizado en 2011 en el país informa que el número de colonoscopios era en ese momento insuficiente para desarrollar un programa preventivo y estructurado²⁵. Las experiencias demuestran que trabajar sobre esta limitante impacta en el aumento de la cobertura. Este es el caso de una experiencia piloto realizada en el país, donde se logró una cobertura del 45% asociada en parte, según los autores, al compromiso de autoridades provinciales y nacionales para resolver la limitación de VCC²⁶. Sin embargo, se desconoce si estos resultados pudieron sostenerse en el tiempo.

El desconocimiento, el miedo a un diagnóstico, la poca valoración de la enfermedad como un problema de salud y la vergüenza asociada a las prácticas son barreras percibidas en nuestro estudio y que coinciden con lo referenciado en otros trabajos^{24,27-30}. Un trabajo en Santa Fe, identifica que el desconocimiento, la desinformación y la falta de indicación médica son barreras a la adherencia a la práctica³¹. Otro estudio realizado a afiliados a una obra social reportó que el 38% declaraba miedo y un 30% sentía vergüenza relacionada con los procedimientos³². Un trabajo local pone en evidencia la trama de prejuicios e inhibiciones que atraviesa esta enfermedad señalando que las cuestiones relativas al ano constituyen un importante obstáculo emocional, moral, simbólico y cultural para promover la prevención y detección temprana³³.

La opinión de los profesionales de la salud, sobre el déficit en el autocuidado de la salud en la población, y la cultura hospital-céntrica concuerda con expresiones realizadas por los mismos usuarios y no usuarios sobre su percepción de que son sanos y no necesitan tamizaje. En este sentido, los servicios de salud son utilizados principalmente para fines curativos. Un trabajo local señala que esta acción preventiva en CCR puede llegar a resultar extraña³³. Según los entrevistados, ir al médico cuando no pasa nada es entendido como malgastar el tiempo y los recursos de los profesionales y las instituciones, perjudicando a otras personas que realmente necesitan la asistencia³³. Algunas personas an-

teponen otras prioridades y preocupaciones a las prácticas preventivas. Esto ha sido especialmente cierto durante la pandemia de COVID-19, en la que los pacientes evitaban las oportunidades de detección por temor a estar expuestos al virus³⁴.

Las brechas de conocimiento de los profesionales del PNA, así como la baja adherencia y mal uso de las prácticas fueron barreras percibidas por los entrevistados y se encuentra en línea con lo referenciado en otros estudios^{35,36}. Una limitación importante descrita a nivel regional refiere al acceso de estudios endoscópicos de calidad, debido a las inequidades geográficas y la falta de cobertura de salud²⁴. Sin embargo, en nuestro trabajo no hubo referencias en este aspecto, considerando entonces que la calidad de los estudios podría ser un facilitador del tamizaje local.

Otros facilitadores del tamizaje descriptos por los propios actores del sistema, como la territorialidad de los centros de atención primaria de la salud y su presencia en la población, así como la predisposición por aumentar el tamizaje son fundamentales para adoptar y sostener una intervención de estas características. Los mismos son una gran fortaleza del sistema de salud local y por supuesto se deben destinar los esfuerzos necesarios para continuar fortaleciéndolos.

La principal limitación del estudio refiere al sistema de registro de datos inadecuado, característico de sistemas de salud no integrados (como es la situación de la ciudad). Esto dificulta el rastreo de pacientes a través del proceso y fue una gran limitante a la hora de obtener datos locales. Esto resalta la necesidad del fortalecimiento de los sistemas informáticos para poder monitorear adecuadamente indicadores de cobertura. Por otro lado, las estimaciones

se realizaron en base al censo 2010 por carecer aun de los datos definitivos del censo 2022. Todos los entrevistados señalaron un aumento considerable en la población del AP2 en la última década.

Identificar las barreras de acceso a los servicios de atención médica ayuda a comprender los patrones de utilización y las relaciones entre la población y los servicios. Esto permite contextualizar las oportunidades y las limitaciones que el sistema de salud plantea a esta práctica preventiva y habilita a futuro el diseño de estrategias apropiadas y adaptadas al contexto, con el fin de garantizar el acceso completo antes de provocar una necesidad que el sistema de salud no pueda satisfacer. En este sentido este trabajo impulsó el desarrollo de una revisión de la evidencia sobre estrategias efectivas para aumentar el tamizaje que puedan ser aplicadas localmente. Además, a partir de las barreras percibidas por los usuarios se puede trabajar para deconstruir creencias asociadas a la enfermedad y reconstruir nuevas concepciones, dando sentido al autocuidado de la salud de una manera preventiva.

Agradecimientos: El trabajo fue realizado con una beca del Instituto Nacional del Cáncer otorgada a YS. Los autores agradecen al grupo de investigación MINKA-UNS, por los aportes para el desarrollo de ciencia en equipo. Se agradece la predisposición de los entrevistados para participar del proyecto, la valiosa ayuda al Méd. Daniel Quiroga (quien facilitó los contactos dentro del Hospital), la Méd. Loana Ferrini y la Sra. Elena Magra (quienes colaboraron con los contactos para las entrevistas dentro de los centros de atención primaria y con la población) y la Dra. Graciela Penachiotti (quien facilitó los datos del laboratorio del Hospital Municipal). Fuentes de financiamiento: MEE: PGI -UNS (Cod 24R018) / AB: PICT-A 2019-01631.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar

Bibliografía

1. Khalili F, Najafi B, Mansour-Ghanaei F, Yousefi M, Abdollahzad H, Motlagh A. Cost-Effectiveness Analysis of Colorectal Cancer Screening: A Systematic Review. *Risk Manag Healthc Policy* 2020; 13: 1499-512.
2. Ran T, Cheng CY, Misselwitz B, Brenner H, Ubels J, Schlander M. Cost-Effectiveness of Colorectal Cancer Screening Strategies-A Systematic Review. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2019; 17: 1969-81.
3. Yonamine K, Kirschbaum A. Recomendaciones para el tamizaje organizado de cáncer colorrectal en población de riesgo promedio en Argentina. Ministerio de Salud de la Nación. En: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2022-06/2022-06-recomendaciones-tamizaje-organizado-de-ccr--poblacion-riesgo-promedio-Argentina.pdf>; consultado septiembre 2023.
4. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. En: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/controldecancer/files/2023/08/Modelo-de-abordaje-de-C%C3%A1ncer-Colorrectal.pdf>; consultado septiembre 2023.
5. Pesci S; Betelu MS, Díaz C. Impacto del tamizaje del CCR en el marco de la cobertura universal de salud (CUS). Ministerio de Salud de la Nación. En: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/impacto-del-tamizaje-del-ccr-en-el-marco-de-la-cobertura-universal-de-salud-cus>; consultado septiembre 2023.
6. Espinola N, Maceira D, Palacios A. Cost-effectiveness of screening for colorectal cancer in Argentina. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2016; 46: 8-17.
7. Peris M, Espinàs JA, Muñoz L, et al. Lessons learnt from a population-based pilot programme for colorectal cancer screening in Catalonia (Spain). *J Med Screen* 2007; 14: 81-6.
8. Herbert C, Launoy G, Gignoux M. Factors affecting compliance with colorectal cancer screening in France: differences between intention to participate and actual participation. *Eur J Cancer Prev* 1997; 6: 44-52.
9. Gregory TA, Wilson C, Duncan A, Turnbull D, Cole SR, Young G. Demographic, social cognitive and social ecological predictors of intention and participation in screening for colorectal cancer. *BMC Public Health* 2011; 11:38.
10. De Klerk CM, Gupta S, Dekker E, Essink-Bot ML. Socioeconomic and ethnic inequities within organised colorectal cancer screening programmes worldwide. *Gut* 2018; 67: 679-87.
11. Instituto Nacional del Cáncer. Ministerio de Salud de la Nación. En: <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/incidencia>; consultado septiembre 2023.
12. Ministerio de Salud de la Nación. 4ta. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2019 - Informe definitivo. En: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/4ta-encuesta-nacional-de-factores-de-riesgo-2019-informe-definitivo>; consultado septiembre 2023.
13. Ministerio de Salud de la Nación. Boletín RITA. Contexto, avances y resultados. 2012-2017. En: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/rita-contexto-avances-y-resultados-2012-2017>; consultado septiembre 2023.
14. Ministerio de Salud de la Nación. Boletín RITA 2012-2020. En: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-rita-2012-2020>; consultado septiembre 2023.
15. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci* 2009; 4: 50.
16. Damschroder LJ, Reardon CM, Opra Widerquist MA, Lowery J. The updated Consolidated Framework for Implementation Research based on user feedback. *Implement Sci* 2022; 17: 75.
17. Michie S, van Stralen MM, West R. The behaviour change wheel: a new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implement Sci* 2011; 6:42.
18. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007; 19:349-57.
19. Programa Naciones Unidas para el Desarrollo 2011. Aportes para el desarrollo humano en Argentina 6. En: <https://www.undp.org/es/argentina/publicaciones/aportes-para-el-desarrollo-humano-en-argentina-6>, consultado en septiembre 2023.
20. Navarro M, Nicolas A, Ferrandez A, Lanás A. Colorectal cancer population screening programs worldwide in 2016: An update. *World J Gastroenterol* 2017; 23: 3632-42.
21. Ruiz EF, Hasdeu S, Hollamann M. Indicadores de desempeño de un Indicadores de un programa de rastreo de cáncer colorrectal en la Provincia del Neuquén, Argentina, 2015-2019. *Rev Argent Salud Pública* 2022; 14: e78.
22. Schreuders EH, Ruco A, Rabeneck L, Schoen RE, Sung JJ, Young GP, Kuipers EJ. Colorectal cancer screening:

- a global overview of existing programmes. *Gut* 2015; 64: 1637-49.
23. Organización Panamericana de la Salud. Consulta de expertos sobre tamizaje del cáncer colorrectal en América Latina y el Caribe 2016. En: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28553/PAHON-MH16003-spa.pdf;sequence=1>, consultado septiembre 2023.
 24. Sanguinetti JM, Lotero Polesel JC, Piscocoya A, Sáenz Fuenzalida R. Colorectal cancer screening: a South American perspective. *Rev Gastroenterol Peru* 2020; 40: 238-45.
 25. Gualdrini UA, Iummato LE. Cáncer colorrectal en la Argentina: organización, cobertura y calidad de las acciones de prevención y control. Informe final de diciembre de 2011: diagnóstico de situación de la Argentina. En: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000001001cnt-2017-09-08-diagnostico-situacional-cancer-colorrectal-argentina.pdf>, consultado septiembre 2023.
 26. Fernández NE, Enrique CI. Prueba piloto para la implementación del Programa Nacional de Prevención y Detección temprana del Cáncer colorrectal en Entre Ríos. *Rev Argent Salud Pública* 2021; 13: e41.
 27. Hall NJ, Rubin GP, Dobson C, et al. Attitudes and beliefs of non-participants in a population-based screening programme for colorectal cancer. *Health Expect* 2015; 18: 1645-57.
 28. Molina-Barceló A, Salas Trejo D, Peiró-Pérez R, Málaga López A. To participate or not? Giving voice to gender and socio-economic differences in colorectal cancer screening programmes. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2011; 20: 669-78.
 29. Santiago-Portero MC, Gómez-García JM, Reig-Gómez H, Oltra-Durá T, Gascón-Cánovas JJ. Knowledge, beliefs and attitudes of the Roma population regarding colorectal cancer screening. *Gac Sanit* 2018; 32: 11-7.
 30. Sanguinetti JM, León De La Fuente R. ¿Qué saben de tamizaje de cáncer de colon y recto quienes deben hacérselo? Conocimiento sobre prevención de cáncer de colon y vulnerabilidad social. *Acta Gastroenterol Latinoam* 2019; 49: 349-55.
 31. Dagatti MS, Avila MB, Savarecio N, Nieto CS, Pezzotto SM. Knowledge, adherence and perceptions about colorectal cancer screening in primary and secondary school teachers in Carcarañá. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Córdoba* 2021; 78: 125-9.
 32. Casal ER, Velázquez EN, Mejía RM, Cuneo A, Pérez-Stable EJ. Rastreo del cáncer colorrectal: Conocimiento y actitud de la población. *Medicina (B Aires)* 2009; 69: 135-42.
 33. Capriati A, Ramos S, Tamburrino C. Sentidos en las narrativas sobre cáncer colorrectal en población sana: aportes para una estrategia de prevención en Argentina. *Rev Argen. Salud Pública* 2014; 5: 31-6.
 34. Dominitz JA. Barriers and facilitators to colorectal cancer screening. *Gastroenterol Hepatol* 2021; 17: 550-2.
 35. Verna M, Kopitowski K, Vietto V, Terrasa S. Conocimiento de médicos de un Hospital Universitario de Buenos Aires respecto de las recomendaciones de vigilancia colonoscópica luego del hallazgo de un pólipo colónico: estudio de corte transversal. *Arch Med Fam Gen* 2014; 11: 13-20.
 36. Garcia GH, Riechelmann RP, Hoff PM. Adherence to colonoscopy recommendations for first-degree relatives of young patients diagnosed with colorectal cancer. *Clinics (Sao Paulo)* 2015; 70: 696-9.