

BARRERAS Y FACILITADORES EN LA IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER COLORRECTAL: UNA EVALUACIÓN CUALITATIVA DESDE LA PERSPECTIVA DEL PERSONAL DE SALUD

LAURA ANTONIETTI^{1,2}, CECILIA SARRIGUREN¹, MARÍA LAURA LUJÁN²,
MARÍA EUGENIA ESANDI³, ARIANA BRUZZONE⁴

¹Universidad Nacional Arturo Jauretche, Florencio Varela, ²Hospital de Alta Complejidad El Cruce, Florencio Varela, ³Departamento de Economía, Universidad Nacional del Sur, Bahía Blanca, ⁴Instituto de Investigaciones Bioquímicas de Bahía Blanca, INIBIBB-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: 29-I-2025

Aceptado: 30-VII-2025

Resumen

Introducción: En 2013, Argentina creó un Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana del Cáncer Colorrectal (CCR). Una década después, la incidencia de este cáncer sigue en aumento, con bajas tasas de tamizaje y diagnósticos tardíos. Este estudio analiza las barreras y facilitadores de la implementación del programa en un municipio del conurbano bonaerense.

Materiales y métodos: Investigación cualitativa, con muestreo intencional de personal de salud involucrado en la gestión e implementación del programa en Florencio Varela. Se recopilieron datos a través de 13 entrevistas semiestructuradas individuales y 2 grupales, realizadas entre mayo y noviembre de 2022, las cuales fueron transcritas, codificadas y analizadas con un enfoque inductivo-deductivo basado en el Marco Consolidado para la Investigación de Implementación.

Resultados: Entre las barreras identificadas se encuentran los factores político-económicos (falta de continuidad de políticas sanitarias, fragmentación del sistema de salud, desfinanciamiento por cambios gubernamentales), limitación de recursos (acceso insuficiente a videocolonoscopía), desconocimiento y falta de concientización sobre el tamizaje por parte de la población. Entre los facilitadores, se destacan la compatibilidad del programa con las actividades de los centros de salud, su receptividad por parte de los equipos y el compromiso de estos con la población.

Discusión: Se reconocieron numerosos facilitadores de la implementación, aunque no fueron lo suficientemente robustos como para superar los aspectos que afectaron la discontinuidad del programa. Varias de las barreras identificadas reflejan obstáculos estructurales comunes a otros programas de salud, cuyo abordaje es clave para una implementación sostenida en contextos similares.

Palabras clave: neoplasias colorrectales, detección temprana de cáncer, accesibilidad a los servicios de salud, implementación de programas, personal de salud

Abstract

Barriers and facilitators in the implementation of the National Colorectal Cancer Prevention Program: a qualitative evaluation from the perspective of health personnel

Introduction: In 2013, Argentina launched a National Program for the Prevention and Early Detection of Colorectal Cancer (CRC). A decade later, the incidence of this cancer continues to rise, with low screening coverage rates and late-stage diagnoses. This study examines the barriers and facilitators to the implementation of the program in a municipality within the Buenos Aires metropolitan area.

Materials and methods: A qualitative study was conducted using purposive sampling of healthcare person-

nel involved in the management and implementation of the program in Florencio Varela. Data were collected between May and November 2022 through 13 individual semi-structured interviews and 2 group interviews, transcribed, coded, and analyzed using an inductive-deductive approach based on the Consolidated Framework for Implementation Research.

Results: Identified barriers included political and economic factors (lack of continuity in healthcare policies, fragmentation of the healthcare system, underfunding due to governmental changes), resource limitations (insufficient access to colonoscopy), and low awareness and lack of public knowledge about CRC screening. Facilitators included the program's compatibility with the activities of primary care centers, its acceptance by healthcare teams, and their strong commitment to the community.

Discussion: Numerous implementation facilitators were identified; however, they were not robust enough to overcome the factors contributing to the program's discontinuation. Several identified barriers reflect structural obstacles common to other health programs, whose resolution is key to sustained implementation in similar contexts.

Key words: colorectal neoplasms, early detection of cancer, health services accessibility, program implementation, health personnel

PUNTOS CLAVE

Conocimiento actual

- El Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana del Cáncer Colorrectal fue creado en 2013.
- Muy pocos municipios adhirieron formalmente a su implementación desde su creación. Florencio Varela implementó el programa en 2018 hasta 2020.
- No se dispone de información sobre los factores que afectaron la implementación.

Contribución del artículo al conocimiento actual

- Identifica barreras estructurales comunes a otros programas de salud pública, como la fragmentación del sistema, la falta de retroalimentación y el acceso limitado a recursos clave como la videocolonoscopia.

- Aporta evidencia experiencial sobre la implementación formal de un programa preventivo en entornos reales, desde la mirada de los equipos de salud, revelando cómo interactúan las barreras y qué factores limitan la sostenibilidad de las intervenciones.

El cáncer colorrectal (CCR) fue el tercer cáncer más prevalente en todo el mundo en 2020, con tasas de incidencia y mortalidad en aumento en muchos países de ingresos bajos^{1,2}. Aunque los programas de tamizaje poblacional del CCR son costo-efectivos³⁻⁵, existen dificultades para su implementación^{6,7}. Estas dificultades pueden explicarse no solo por la complejidad del algoritmo de detección⁸ sino también por la presencia de barreras a nivel del sistema de salud y/o de los individuos^{7,9-12}.

En Argentina, el CCR es el segundo cáncer más frecuente y la segunda causa de muerte por cáncer, considerando ambos sexos¹³. En 2013 se creó el Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana del CCR (PNCCR), el cual promueve el tamizaje de la población adulta entre 50 y 75 años mediante el test de sangre oculta en materia fecal inmunoquímico (SOMFi) bienal y seguimiento de los grupos con riesgo aumentado¹⁴. Una década después, la incidencia del CCR sigue en aumento, las tasas de cobertura del tamizaje siguen siendo bajas y el diagnóstico tardío^{15,16}.

En la provincia de Buenos Aires la implementación del PNCCR en los municipios se llevó a cabo a través del ministerio de salud provincial, en articulación con el Instituto Nacional del Cáncer (INC). A nivel provincial, el plan establece la derivación a hospitales de segundo nivel de atención para la realización de videocolonoscopia (VCC) de los casos con test SOMFi positivo, riesgo incrementado y/o sospecha clínica de CCR, para su posterior diagnóstico y estadificación¹⁷.

En 2018 se inició la implementación del PNCCR en Florencio Varela (FV), municipio ubicado en el área metropolitana de Buenos Aires, Argentina. Este municipio, con altos niveles de vulnerabilidad social, cuenta con efectores de los tres niveles de atención que dependen de diferentes niveles de gobierno¹⁸. Considerando la fragmentación y segmentación del sistema de salud, así

como la complejidad del algoritmo de detección, diversos factores pueden facilitar o dificultar la implementación del programa de tamizaje. La comprensión de los determinantes que afectan la implementación del PNCCR podría ser valiosa para diseñar estrategias adaptadas al contexto y aumentar la cobertura del tamizaje de CCR en poblaciones vulnerables.

El Marco Consolidado para la Investigación de Implementación (CFIR, por sus siglas en inglés: *Consolidated Framework for Implementation Research*)^{19,20} ha sido ampliamente utilizado para identificar los factores que influyen en la implementación de estrategias para prevención del cáncer, incluido el CCR^{21,22}. El objetivo de este estudio fue analizar las barreras y facilitadores de la implementación del PNCCR en el municipio de FV, desde la perspectiva del personal de salud.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio cualitativo con enfoque dirigido por teoría, basado en el marco CFIR, centrado en la implementación del PNCCR en el Municipio de Florencio Varela, Buenos Aires. El objetivo fue identificar barreras y facilitadores desde una perspectiva de ciencia de la implementación, utilizando un marco conceptual robusto y validado.

La población estuvo constituida por personal perteneciente a los equipos de salud vinculados con la implementación del programa en FV, en diferentes niveles de atención y de gestión. Se utilizó un muestreo no probabilístico e intencional para garantizar diversidad de: a) alcance funcional: actores a nivel micro (equipos operativos de los centros de atención primaria de salud (CAPS)), meso (coordinación de servicios) y macro (decisiones municipales, provinciales y nacionales); b) nivel de atención: prestadores de CAPS y de tercer nivel (hospitalario); y c) funciones y disciplinas: profesionales sanitarios (enfermería, médico, psicopedagogo, administrativo) y responsables de coordinación o jefaturas de servicios de los efectores públicos de FV. El muestreo se inició a partir de referentes clave del PNCCR y se amplió a otros actores municipales, provinciales y de CAPS vinculados con la implementación. Se aplicó la técnica de bola de nieve para incorporar nuevos participantes.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas para explorar las barreras y los facilitadores de acuerdo con las cinco dimensiones del CFIR: 1) Características de la intervención: en este caso PNCCR y sus aspectos que afectan

su implementación, como la adaptabilidad, la complejidad, etc. 2) Contexto externo: factores externos a la organización que influyen en la implementación, tales como regulaciones, incentivos y eventos críticos, entre otros. 3) Contexto interno: considera las características organizativas internas que afectan la implementación, incluyendo la cultura organizacional, el clima de implementación, los recursos, etc. En este estudio el contexto interno estuvo constituido por los nueve centros de atención primaria de la salud donde se implementó el programa y los servicios a los cuales estos centros derivaban. 4) Individuos: analiza cómo las personas involucradas perciben y reaccionan ante la intervención. 5) Proceso de implementación: incluye actividades y estrategias necesarias para implementar el PNCCR, como la planificación, el liderazgo y el monitoreo^{19,20}.

Se diseñaron dos guías para las entrevistas, una para el personal asistencial y otra para quienes cumplían tareas de gestión, que fueron sometidas a revisión de expertos para asegurar su comprensión, coherencia y adecuación, y testeadas mediante una prueba piloto. Las entrevistas fueron realizadas en forma virtual o presencial por integrantes del equipo de investigación con experiencia previa en técnicas cualitativas, previo consentimiento verbal para su participación. Cada entrevista tuvo una duración aproximada de 60 minutos, durante los cuales solo estuvieron presentes las personas entrevistadas y las investigadoras, quienes no tenían relación previa entre sí. Las entrevistas fueron grabadas y transcritas de manera textual.

El análisis de datos se llevó a cabo mediante un enfoque mixto de codificación deductiva e inductiva, utilizando el software NVivo®. En una primera etapa se aplicó una codificación dirigida por teoría, guiada por los dominios y constructos del marco CFIR, para organizar barreras y facilitadores en categorías predefinidas. Paralelamente, se permitió la emergencia de subtemas no contemplados originalmente. Tres investigadoras codificaron el material de forma independiente, y se aplicaron escalas bipolares para calificar cada constructo según su influencia en la implementación, de acuerdo con los lineamientos del CFIR. Los hallazgos fueron discutidos en instancias colectivas, triangulados y organizados en matrices analíticas.

La recolección de datos se interrumpió al alcanzarse la saturación temática, definida como el punto en que no emergieron nuevas categorías relevantes en relación con los dominios del CFIR. La codificación se realizó en paralelo a la realización de entrevistas; a partir de la décima se observaron patrones repetidos, y las entrevistas posteriores confirmaron esta tendencia. Finalmente, se

realizaron entrevistas grupales con participantes clave, las cuales permitieron validar las categorías emergentes y confirmar la estabilidad del esquema analítico.

Se implementaron estrategias de reflexividad para reconocer y mitigar posibles sesgos derivados de las trayectorias y posiciones del equipo. Tres integrantes del equipo eran completamente externas al territorio de estudio, mientras que dos investigadoras trabajaban en el sistema de salud de Florencio Varela: una sin relación directa con el programa y otra con vinculación al mismo, aunque no participó en la realización de las entrevistas. Esta diversidad de perspectivas enriqueció el análisis y favoreció una interpretación situada de los hallazgos. Además, se utilizaron diarios de campo y se llevaron a cabo sesiones de discusión reflexiva durante la etapa de análisis, con el objetivo de explicitar supuestos, debatir interpretaciones y favorecer una lectura crítica y colectiva de los datos. Todo el proceso fue documentado en una matriz de codificación.

Como parte de las estrategias para fortalecer la credibilidad del análisis, se realizó un proceso de validación de resultados. Se elaboró un informe con los principales hallazgos y se envió a todas las personas entrevistadas, invitándolas a realizar comentarios o sugerencias. No se recibieron observaciones que modificaran las interpretaciones, por lo que los resultados se consideraron validados por los participantes. Este estudio fue diseñado y reportado siguiendo las recomendaciones de COREQ (por sus siglas en inglés: *Consolidated criteria for reporting qualitative research*)²³.

Para ilustrar algunas barreras operativas, se recopilamos de manera complementaria datos cuantitativos sobre los tests SOMFi. Se extrajeron datos del Sistema de Información para Tamizaje (SITAM) y de documentos fuente (planillas de registro) de cinco CAPS.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital El Cruce SAMIC.

Resultados

Se realizaron 13 entrevistas individuales y 2 grupales (Tabla 1). Se encontraron referencias para los cinco dominios del CFIR. En la Tabla 2 se detallan algunos *verbatim* representativos para cada dimensión.

Proceso de implementación

Se reconocen dos etapas en la implementación del programa. En una primera fase, iniciada en el primer semestre de 2019, se establecieron acuerdos entre actores nacionales, provinciales

Tabla 1 | Perfil de entrevistados

Género	n (Total=20)
Femenino	16
Masculino	4
Alcance de función	
Macro	4
Meso	6
Micro	10
Nivel de atención	
Primer nivel de atención	12
Tercer nivel de atención	2
Municipio	2
Provincia	2
Nación	2
Efectores y rol/disciplina	
Centro de atención primaria	
Personal de enfermería	6
Personal administrativo	1
Psicopedagogía	1
Coordinación	3
Médico/a	1
Hospital III nivel	
Jefatura servicio de gastroenterología	1
Jefatura servicio de oncología	1
Consejería de gastroenterología	1
Nivel Central/Municipio	
Coordinación nacional	1
Coordinación municipal	1
Coordinación provincial	2
Secretaría de Salud	1
Instituciones	
Hospital el Cruce	2
Secretaría de Salud Florencio Varela	2
Instituto Nacional del Cáncer	2
Instituto Provincial del Cáncer	2
Centro de Salud Martín Fierro	1
Centro de Salud Santa Rosa	1
Centro de Salud Villa Mónica	1
Centro de Salud Villa Hudson	4
Centro de Salud Vatteone	1
Centro de Salud San Francisco	4

Tabla 2 | *Verbatim* representativos de los dominios y constructos del Marco Consolidado de Investigación en Implementación, percibidos por los participantes

Dominio	Constructos	Verbatim representativos	B/F
1. Innovación	Ventaja relativa del programa	<i>"Antes ingresábamos en la búsqueda del CCR en la persona sintomática, la persona que tenía sangrado evidente. Tenía proctorragia. Momento posterior tal vez de la posibilidad de intervenir. Nuestra alternativa antes del programa era esa". (E10-proveedor de salud, PNA)</i>	F
	Adaptabilidad del programa	<i>"Creo que es el único municipio donde no son los hospitales del segundo nivel los que reciben a los pacientes desde el primer nivel. Pero bueno, se buscó una forma de acompañar a esa voluntad de participar en el programa". (E12-decisor, nivel provincial)</i> <i>"El Programa establece a quiénes va a dar respuesta. Los que tienen obra social quedan afuera. Pero ya te digo, no todas las obras sociales son lo mismo. Ese es el problema". (E10-proveedor de salud, PNA)</i>	B/F
	Complejidad del programa	<i>"Era bastante sencillo y viable. Lo importante es que fuera viable para que se pudiera hacer y llegar". (E8-proveedor de salud, PNA)</i> <i>"El programa contempla todas las etapas desde detección al diagnóstico, pero por ahí no resultó tan fácil esta parte de llegar al segundo o tercer nivel con el paciente". (E2-implementador, nivel municipal)</i>	B/F
2. Contexto externo	Incidentes críticos	<i>"En pandemia se paralizaron un montón de servicios que se abocaron a hacer todo COVID o resolver lo urgente, y lo que era la prevención, o pacientes que estaban poco sintomáticos los fueron pateando, ya sea de CCR u otras patologías, tumores que quizá cuando se diagnosticaron eran operables o potencialmente curables, llegaron a operarse o hacerse la biopsia en un estadio 4. Porque no había quirófano, no había endoscopia, no había espirometría, lo que sea". (E4-proveedor de salud, tercer nivel de atención)</i>	B
	Actitudes locales	<i>"Recuerdo ir al Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires en 2020 y pedir hablar con el referente del programa, queriendo saber qué iba a suceder, cómo íbamos a proceder... el referente del programa había desaparecido...y la secretaria no me pudo dar una respuesta. Y seguía diciéndome, 'por ahora no sabemos nada, por ahora no sabemos nada'. Y nunca volvimos a saber nada". (E10-proveedor de salud, PNA)</i> <i>"A través del convenio previo que hicimos con el Instituto Nacional del Cáncer, el servicio nuestro empezó a trabajar en conjunto desde el año 2016". (E1-decisor, nivel nacional)</i>	B/F
	Condiciones locales	<i>"Porque hay una cuestión muy intrínseca del programa que es que no depende únicamente de la atención primaria, necesita sí o sí conectar con una red de segundo nivel para dar respuesta al caso positivo de una endoscopia digestiva, que es parte de lo que se relevó y se conoce que en la provincia y en distintas áreas no hay capacidad para realizarlo. El municipio puede querer, pero después tiene que encontrar el hospital que reciba sus positivos". (E5-funcionario, nivel nacional)</i>	B

(continúa)

(continuación)

Dominio	Constructos	Verbatim representativos	B/F
3. Contexto interno	Asociaciones y conexiones	"Tenemos que tener en cuenta que Varela es un hospital provincial (en referencia al hospital de segundo nivel) y nosotros somos centros municipales y muchas veces la prioridad del hospital provincial es para los pacientes que están internados, no es para los centros. ¿Es loco? Sí. ¿Es extraño? Sí. Pero ocurre. Es como si fuéramos otro partido muchas veces. La reacción del hospital para con sus centros de salud del primer nivel de atención. Entonces todo se complejiza, todo es como denso, todo hay que remararlo". (E10-proveedor de salud, PNA)	B
	Leyes y políticas	"Como una cuestión por fuera, pero que atraviesan los programas son los cambios de gestión. Cada vez que hay un cambio de gestión entre niveles, provincial-municipal, provincial-nacional, a veces eso ve un impacto en la continuidad del trabajo. Estaría buena que se consoliden las políticas a pesar de los cambios de gobierno". (E5-funcionario, nivel nacional) "Lo que sería importante es la continuidad, porque eso es lo que nos pide la gente. Porque le damos algo y después se lo cortamos. Ellos se sienten como que los desamparas". (E15-proveedor de salud, PNA)	B
	Financiamiento	"Se lo considera un problema real de salud, pero relativamente (en referencia al CCR). Entonces se financia y se desfinancia". (E1-decisor, nivel nacional)	B
	Características estructurales		B
	1. Infraestructura física	El hospital de FV hoy tiene una buena torre de endoscopia prácticamente nueva y tiene dos gastroenterólogos. Pero no tienen espacio físico, no tienen anestesiología. Entonces están limitados para sumarse a esto. Berazategui tiene 4 endoscopistas y tiene para hacer VCC, pero no tienen anestesiología". (E1-decisor, nivel nacional)	B
	2. Infraestructura de tecnologías de la información	"El distrito de FV es muy grande y todavía hay zonas donde el tema de internet es complejo, y a veces la gente se tiene que llevar a su casa las cosas para cargar. El tema de la conectividad en su momento trajo algunos inconvenientes". (E2-implementador, nivel municipal)	B
	3. Infraestructura de trabajo	"¿Y esa persona coordinadora estaba solo para el programa? Como ocurre generalmente acá, sos el bombero y sos el que prende el fuego. Elegíamos a alguien que tuviese un poco más de tiempo y aparte de sus cosas, manejaba el programa". (E14-decisor, nivel municipal)	B
	Conexiones y relaciones	"Por otro lado todos los engranajes que tengan que ver con la conexión de todos los niveles. Eso es, te diría lo que hace funcionar todo el sistema. Porque puede funcionar muy bien el primer nivel, puede funcionar excelente el segundo nivel, con la consejería o la endoscopia, pero si no hay un nexo que conecta los pacientes entre los distintos niveles es muy difícil. El paciente se pierde". (E3-implementador, nivel nacional)	

(continúa)

(continuación)

Dominio	Constructos	Verbatim representativos	B/F
	Comunicaciones	<i>"Habitualmente, la vía informal. Que es lo que no debería funcionar. Llamábamos al médico, directamente a él; lo llamaba yo como (funcionario) para que por favor nos den el turno porque no nos contestaban por el mail, nos pasaba eso. Él iba por su lado y hablaba, pero por la vía informal lo hacíamos al final. Al principio venía bárbaro, pero llegó un punto que se empezó a enlentecer, enlentecer y fue imposible". (E14-decisor, nivel municipal)</i>	B
	Cultura	<i>"Y nosotros tenemos un vínculo histórico con la gente. Nuestra palabra, no solo la mía, hablo por el equipo, el compromiso, el nivel de trabajo es validado por la gente del barrio". (E10-proveedor de salud, PNA). "Lo que pasa es que todos los que hacemos asistencial estamos negados al registro. Nos parece una sobrecarga de tareas y de tiempo, cuando tenemos tantas otras cosas para hacer". (E12-Implementador, nivel provincial).</i>	F/B
	Tensión por el cambio	<i>"Yo averigüé bien quién estaba en cada lugar, hablé con cada servicio de cada hospital y no hubo forma. Entonces derivamos directamente con el tercer nivel. No hubo forma que se resolviera la VCC en el término que corresponde". (E1-decisor, nivel nacional).</i>	B
	Compatibilidad	<i>"El SITAM, sigue siendo engorroso. Entonces la gente no vuelca datos y vos querés buscar datos y los datos no están. Y va a seguir siendo así porque es algo engorroso. Eso es algo a modificar a algo más simple, más sencillo". (E10-proveedor de salud, PNA).</i>	B
	Prioridad relativa y alineamiento con la misión	<i>"Nuestra participación en este proyecto fue colectiva, no fue mía exclusiva. Nosotros somos un equipo que estamos acostumbrados a trabajar compartiendo saberes y compartiendo fortalezas. Y entonces ante la propuesta de esta oportunidad, que así lo consideramos en ese momento, dijimos rápidamente que sí, porque es una necesidad no saldada". (E10-proveedor de salud, PNA).</i>	F
	Sistemas de incentivo	<i>"El hecho de que no tenga una dedicación específica para este trabajo hace que tengan que distribuir su tiempo de trabajo en un montón de cosas. Y eso es lo que termina ocasionando que haya dificultad en la atención del paciente". (E3-Implementador, nivel nacional)</i>	B
	Recursos disponibles	<i>"Se necesita disponibilidad de turno de VCC. Lo que quiere decir: un fibrocolono que funcione, un operador que los haga y el espacio de quirófano y anestesista si fuera necesario. Ahí es donde está el cuello del embudo.... A esto, la única barrera que yo le encontré fue que nos encontramos con un montón de gente queriendo entrar por una puerta muy chiquita en un momento. Y ahí creo yo que esto nos pasó por encima". (14-decisor, nivel municipal)</i>	B
	Acceso al conocimiento e información	<i>"Fue importante la capacitación previa, porque hacía que entendieran y se comprometieran más con lo que estaban haciendo". (E2-implementador, nivel municipal)</i>	F

(continúa)

(continuación)

Dominio	Constructos	Verbatim representativos	B/F
4. Individuos	Necesidad		
	Destinatarios del programa	<i>"Nos pareció una propuesta linda. Iba a facilitar mucho el diagnóstico que en ese momento era bastante conflictivo poder acceder a otro nivel para que un gastroenterólogo pueda ver a alguno de nuestros pacientes". (E8-lproveedor de salud, PNA)</i>	F
	Capacidad		
	Destinatarios del programa	<i>"Es lo que nos pasa, romper esa inercia de que no se percibe como una necesidad, hacer prevención de algo que ni siquiera se escucha. No está dentro de las urgencias o las necesidades inmediatas de una población muy vulnerable. Entonces esto hace que sea muy difícil sostenerlo. Porque además también es entendible desde el propio prestador del primer nivel que tiene una persona que tiene cinco pibes, que no tiene qué darles de comer y vos vas a decirle que tiene que dejar de trabajar un día para ir a hacerse la VCC. Es una realidad difícil. Por eso nunca esta priorizado este programa, más allá de que sabemos que finalmente termina empobreciendo y empeorando más porque enferma a personas muchas veces cabeza de familia, es un círculo vicioso del que es difícil salir". (E12-implementador, nivel provincial)</i>	F
	Motivación		
	Líderes de alto nivel	<i>"En ese momento creo que estaba XXX (en referencia a uno de los decisores del nivel central). Tenía un interés particular y creo que fue parte de su iniciativa que el Hospital el Cruce tenga un rol". (E7-implementador, nivel provincial).</i>	F
	Facilitadores de la implementación	<i>"Y en ese momento coincidí con un secretario de salud que era un tipo muy activo. Y nos ayudó muchísimo a arrancar. La provincia contaba con una coordinadora del programa con mucho empuje y entonces arrancamos muy fácil". (E1-decisor, nivel nacional)</i>	F
	Líderes de la implementación	<i>"En los otros centros, ahí tengo que hacer una mea culpa. Ahí era mi trabajo engancharlos y mantenerlos con la llama encendida. Tal vez desde mi rol en la segunda etapa puede haber fallado seguramente". (E2-implementador, nivel municipal).</i>	B
	Proveedores	<i>"Porque si no ahí es donde viene la frustración, la pérdida de motivación de los centros, cuando sienten que el programa en vez de darles una solución los mete en un brete como en algunos casos puntuales y se hace difícil". (E2-implementador, nivel municipal).</i>	B
V. Proceso de implementación	Trabajo en equipo	<i>"La tarea es colectiva, porque no hay uno solo que lo pueda hacer. Uno solo se agota, fracasa, o se queda a mitad de camino. Si la propuesta se comparte y al equipo le parece valiosa, ahí la tarea se torna más sencilla, más gratificante." (E10-proveedor de salud, PNA).</i>	F
	Evaluación de necesidades	<i>"Y aparte en este caso era una necesidad, algo que no podíamos hacer y algo que no podemos hacer ahora, que no tenemos cómo resolverlo actualmente. Así que lo consideramos una oportunidad valiosa." (E10-proveedor de salud, PNA).</i>	F

(continúa)

(continuación)

Dominio	Constructos	Verbatim representativos	B/F
	Planificación	<i>"Existía un plan provincial de cáncer, que estaba dentro del área de promoción y prevención del ministerio de salud, y fueron esas personas que definieron los municipios, hicieron toda la gestión provincia municipio, que a su vez es casi una réplica de la gestión nación provincia, para ver factibilidad, para ver centros de salud, para hacer las primeras presentaciones y establecer cómo iba a ser la implementación". (E3-implementador, nivel nacional)</i>	F
	Estrategias de adecuación	<i>"El problema fue el segundo nivel. El segundo nivel es un problemón. Por eso y muy a pesar de la dirección del hospital yo lo implementé acá (en referencia al hospital de tercer nivel) porque no tuve cabida ni en Varela, ni en Berazategui ni en Quilmes, no captaban los pacientes". (E1-decisor, nivel nacional)</i>	B
	Compromiso	<i>"Yo tengo un concepto muy claro siempre que las cosas dependen de la gente. Vos podés tener un montón de sistemas, un montón de ideas, de políticas, de capacidades para desarrollar, pero siempre va a depender de la gente". (E1-decisor, nivel nacional)</i> <i>"...pero tiene que pasar por la incorporación y la responsabilidad de todos los implicados de que el tamizaje no finaliza con la entrega o lectura del test, sino cuando el paciente termina con toda esa línea de cuidado qué va a requerir según el resultado del test. Tiene que haber un compromiso de las partes". (E12-implementador, nivel provincial)</i>	B/F
	Reflexión y evaluación	<i>"Uno ya sabe que hay ciertas dificultades, por lo tanto, se planteó como una meta para el primer año, un 10 % de la población objetivo. En todos los municipios, esto incluye a FV, la tasa de cobertura de la tasa objetivo fue baja. Creo que el municipio que más alta tasa de cobertura tuvo fue Almirante Brown y no llegaba al 40% de la tasa objetivo que habíamos planteado que era el 10 % de la población objetivo. En ese sentido FV replica lo mismo que ocurrió en el resto de los municipios. Son tasas de cobertura bajas". (E12implementador, nivel provincial)</i> <i>"Pero la verdad por qué se sacó, por qué se retiró o por qué nadie más nos llamó ... tampoco hubo una devolución al CAPS. El equipo de salud le pone muchas ganas, mucho ímpetu para poder llevarlo y sostenerlo, y nunca hay una devolución. Y tal vez esas cosas sí, te desmotivan un poco, pero después ves el impacto que le causó a la comunidad y eso te sostiene. Pero nos pasa con la devolución de la información que generamos, que es normal que no nos devuelvan". (E8-proveedor de salud, PNA)</i> <i>Y yo no recuerdo ahora el número exacto, pero nosotros desde esta propuesta pudimos detectar pólipos malignos que fueron resueltos, y que se detectaron por esto. Simplemente, porque no había otro tipo de manifestación. Así que eso fue también muy fortalecedor, no solo para el equipo sino también para el barrio". (E10-proveedor de salud, PNA)</i>	B/F

B: barrera; CAPS: centro atención primaria de salud; CCR: cáncer colorrectal; E: entrevista; F: facilitador; FV: Florencio Varela; PNA: primer nivel de atención; SITAM: sistema de información de tamizaje; VCC: videocolonoscopía

Tabla 3 | Análisis de test SOMFi (muestra: 5 CAPS)

Centro y Fuente	Total entregados	Total realizados	Positivos	Negativos	Inadecuados
San Francisco					
SITAM	26	21	5	15	1
Registro primario	47	29	9	20	0
Zeballos II					
SITAM	15	15	6	9	0
Registro primario	22	18	7	11	0
Villa Hudson					
SITAM	75	75	18	56	1
Registro primario	96	86	23	63	0
Ricardo Rojas					
SITAM	17	16	3	13	0
Registro primario	16	16	3	13	0
Villa Watteone					
SITAM	37	35	10	19	6
Registro primario	98	60	20	40	0

CAPS: centros de atención primaria de salud; SITAM: Sistema de Información para Tamizaje; SOMFi: sangre oculta en materia fecal inmunológico

y municipales. La provincia propuso el programa a las autoridades municipales, que seleccionaron los CAPS a incluir, adaptando la estrategia a las particularidades de cada CAPS seleccionado, incluyendo diseño de circuitos y capacitación de los equipos de salud. El INC proveyó insumos para la SOMFi y las capacitaciones al personal de salud. Debido a la falta de capacidad para realizar la VCC por parte de los hospitales provinciales (segundo nivel), el circuito fue adaptado y las derivaciones se realizaron directamente a la consejería del Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce.

La segunda etapa comenzó en el segundo semestre de 2019. Si bien el programa funcionó adecuadamente al inicio, surgieron demoras crecientes en el acceso a VCC. La implementación se interrumpió totalmente en 2020 en el contexto de la pandemia (ver contexto externo).

Características de la intervención

La mayoría del personal de los CAPS percibió positivamente la propuesta de un programa estructurado para la detección de CCR, destacando su ventaja relativa, que consideraron clave para facilitar su adopción en el primer nivel de aten-

ción, así como para poner en agenda la problemática del CCR.

Todos los decisores entrevistados, valoraron como facilitador la adaptación del circuito de derivación de casos con SOMFi+, aunque señalaron que los resultados no se sostuvieron en el tiempo. Esta adaptabilidad contrastó con la rigidez del programa para incluir pacientes con cobertura distintas a la pública exclusiva. Esta restricción, fue percibida como una barrera por la mayoría de los participantes del primer nivel de atención.

Respecto a la complejidad, la mayoría consideró al programa simple y fácil de implementar, especialmente en cuanto a asesoramiento y pruebas. Sin embargo, algunos mencionaron la complejidad para la correcta selección de pacientes y su derivación al tercer nivel.

Contexto externo

El impacto negativo de la pandemia por COVID-19 fue mencionado en todas las entrevistas como un factor que interrumpió este tipo de servicios preventivos y redujo la asistencia a controles. Algunos entrevistados también mencionaron que el cambio político a finales de 2019

generó dificultades en la dinámica de implementación. La discontinuidad de políticas, planes y programas fue identificada en la mayoría de las entrevistas como una de las principales barreras. Otras barreras señaladas fueron la segmentación del sistema público de salud y –a nivel de decisores– se mencionó la discontinuidad en la financiación.

En contraste, se identificaron facilitadores como las vinculaciones preexistentes entre las autoridades sanitarias locales con otros actores, como la universidad pública y el hospital de tercer nivel (ambos de dependencia nacional); el antecedente de una red sanitaria y el interés de los actores políticos del municipio.

Contexto interno

La cultura organizacional de los CAPS, fue identificada por la mayoría de los entrevistados, como un facilitador clave, destacándose el compromiso comunitario, el enfoque en determinantes sociales y la capacidad de respuesta a las necesidades locales.

Por otro lado, la existencia de una cultura centrada en el hospital y resistente al registro de datos surgieron como barreras para la implementación. La mayoría de los participantes describió el trabajo de los CAPS muy dependiente del trabajo de enfermería, con foco en la atención en lugar de la prevención. Surgieron también expresiones sobre las restricciones de disponibilidad de personal, que se identificaron como barreras.

Se percibió un clima receptivo en los CAPS durante la fase inicial, con compromiso del equipo y flexibilidad en la redistribución de tareas.

Según la mayoría de los entrevistados el programa no alteró sustancialmente el flujo de trabajo. Sin embargo, señalaron dificultades para incorporar nuevas tareas debido a la multiplicidad de funciones. En contraste, se destacó la nula receptividad del hospital de segundo nivel. Según la mayoría de los entrevistados, esto constituyó una de las barreras más importantes, ya que provocó una seria limitación en el acceso a la VCC, principal obstáculo para la implementación.

Si bien el hospital de tercer nivel facilitó inicialmente las derivaciones, el aumento de la demanda y los problemas en la referencia y co-

municación generaron cuellos de botella que llevaron a la interrupción del programa.

Respecto al SITAM propuesto por el programa, aunque algunos valoraron su potencial para el seguimiento, la mayoría lo consideró complejo, difícil de integrar al trabajo cotidiano y limitado por la sobrecarga de tareas, la coexistencia de múltiples sistemas de registros y la falta de conectividad en algunos CAPS.

Individuos

Si bien algunos decisores consideraron que la implementación dependía principalmente del compromiso individual del personal de los CAPS, el personal asistencial destacó el rol del liderazgo de los decisores en la red, tanto para iniciar el programa como para sortear las barreras que fueron surgiendo. Se señalaron limitaciones en la coordinación, por falta de personal exclusivo y con la multiplicidad de tareas que los coordinadores deben atender.

Las actividades de monitoreo provincial establecieron metas y evaluaron diferentes indicadores. Según algunos entrevistados, los resultados en términos de indicadores de proceso (altas tasas de positividad en la detección) y resultados (bajas tasas de cobertura) estuvieron por debajo de las metas establecidas. Según algunos entrevistados, la alta tasa de positividad, podría atribuirse a fallas en la implementación en los circuitos (selección de pacientes con sangrado para el cribado) y deficiencias en el rendimiento diagnóstico de la prueba (con una alta tasa de falsos positivos). A pesar de estas tareas de evaluación y monitoreo, el personal del CAPS cuestionó la falta de retroalimentación sobre su trabajo en el programa. Esto, sumado a las dificultades del programa para resolver los casos positivos, actuó como refuerzo negativo y afectó la motivación de los equipos para continuar participando en el programa.

La mayoría de los entrevistados identificaron barreras vinculadas a la demanda, como la vulnerabilidad social, el desconocimiento sobre el CCR y la baja priorización de la prevención en la población objetivo.

Pese a las dificultades, varios entrevistados valoraron la experiencia y los equipos de salud expresaron interés en que se reactive el programa.

Datos del desempeño de la implementación

Según datos obtenidos del SITAM, a marzo de 2020 se entregaron 407 test SOMFi a 9 CAPS, de los cuales 333 (81%) fueron procesados. La positividad global fue del 32.4 % (108/333). De estos, 64 pacientes (59.3%) fueron derivados a consejería y 53 (49.1%) completaron la VCC.

En la Tabla 3 se registran datos sobre el test de SOMFi en el primer nivel de atención. Estas planillas, entregadas por el programa a los CAPS al inicio de la implementación constituyen una herramienta de registro que permite la recopilación de datos relevantes, en su mayoría espejo de los datos necesarios para el registro en SITAM. Solo 5 CAPS tenían disponibles al momento de la realización de este estudio. En la Tabla 3 se observan las discrepancias de la información para todas las variables analizadas.

Discusión

Este estudio aporta evidencia relevante sobre los factores que facilitaron o dificultaron la implementación del PNCCR en un municipio del conurbano bonaerense caracterizado por alta vulnerabilidad social y recursos limitados. El análisis se enfocó en uno de los pocos municipios que adhirió formalmente al programa desde su creación, lo que permite comprender en profundidad los desafíos y oportunidades en su puesta en marcha a nivel local.

Los hallazgos indican que las barreras identificadas fueron múltiples, interrelacionadas y atravesaron distintos niveles del sistema. Algunas fueron externas al municipio, como la discontinuidad de las políticas sanitarias y su consecuente desfinanciamiento, producto de cambios en la administración gubernamental, fenómeno ampliamente reconocido como obstáculo para la sostenibilidad de programas en salud pública. La falta de sostenibilidad, sumada a la fragmentación y segmentación del sistema de salud, genera una desorganización de los circuitos de atención y escasa continuidad del cuidado²⁴, limitando el acceso a servicios de calidad, sobre todo para los sectores más vulnerables. En el tamizaje de CCR, la atención fragmentada -con tratamiento en múltiples instituciones- se asocia a peores resultados, como mayor mortalidad a cinco años y demoras en el tratamiento definitivo^{25,26}.

La falta de retroalimentación al primer nivel sobre el estado y los resultados del PNCCR,

mencionada por los entrevistados, constituye una barrera crítica. Estudios muestran que la retroalimentación oportuna mejora las prácticas y refuerza la motivación del personal^{27,28}. Sin embargo, esta retroalimentación depende del funcionamiento adecuado de los sistemas de información, que enfrentan problemas como una cultura resistente al registro, la incompatibilidad entre plataformas, cargas incompletas y con diferentes criterios de carga, lo que afecta la calidad y circulación de la información. Estos hallazgos subrayan la necesidad de fortalecer los sistemas informáticos y, sobre todo, de promover un cambio cultural que jerarquice el registro y la disseminación de datos.

Una de las principales barreras señaladas para la implementación del programa fue la dificultad en el acceso a la VCC. La falta de seguimiento con VCC tras una prueba de SOMFi positiva se asocia con mayor mortalidad por CCR y diagnósticos en etapas avanzadas^{29,30}. Las tasas de realización de VCC tras resultados positivos son bajas tanto a nivel local, como a nivel global, especialmente en contextos de bajos recurso^{10,31-34}. Diversos factores pueden explicar esta limitación, como la escasa coordinación entre niveles de atención, la falta de anestesiólogos, problemas en el circuito de evaluación pre-endoscopia y la ausencia de turnos priorizados para tamizaje³⁵. En 2011, un estudio local ya advertía que el número de colonoscopios era insuficiente para desarrollar un programa preventivo estructurado³⁶. Si bien algunas provincias han intentado mejorar la accesibilidad, los resultados aún reflejan la necesidad de mejoras sustanciales³⁴. En FV, a pesar del compromiso de las autoridades, persistieron los retrasos en el acceso a la VCC. En contraste, una prueba piloto en otra provincia logró un cumplimiento de VCC del 42.3% tras SOMFi+, atribuido en parte al apoyo activo de autoridades nacionales y provinciales para garantizar turnos disponibles³⁷.

Por último, un factor clave que limitó el acceso al programa fue la vulnerabilidad social de la población, vinculada a la baja percepción del CCR como problema de salud y al escaso conocimiento sobre prevención. Barreras similares han sido reportadas en contextos urbanos de bajos ingresos^{10,38-41}. A este contexto y sus particularidades se sumó la pandemia de COVID-19. Como sucedió en otros contextos, las acciones de pre-

vención y cuidado para enfermedades crónicas no transmisibles se interrumpieron por completo, y han tenido un fuerte impacto en la detección de numerosos cánceres, incluido el CCR⁴²⁻⁴⁴.

Si bien se identificaron facilitadores importantes, como el compromiso de los profesionales de la salud con la población, la receptividad al programa y su integración con las rutinas del primer nivel, éstos no fueron suficientes para contrarrestar las barreras que limitaron la sostenibilidad. Los beneficios del programa fueron reconocidos por los equipos y resultaron clave para su implementación inicial. Estudios señalan que evidenciar dichos beneficios facilita la adopción de intervenciones^{45,46}. La implementación del programa depende del compromiso de los equipos de todos los niveles, así como de un liderazgo político activo. Sin embargo, aunque indispensable, esto no basta por sí solo para sostener intervenciones complejas en salud.

Como limitaciones del estudio podemos señalar la ausencia de entrevistas realizadas a integrantes del sistema de salud del hospital de segundo nivel de atención ni de la población destinataria del programa. Esto podría haber enriquecido la comprensión de las barreras desde una perspectiva más amplia, incluyendo la continuidad del cuidado y la experiencia de los usuarios. Asimismo, si bien la predominancia de enfermería podría verse como una limitación, responde al modelo organizacional local, donde este equipo cumple un rol central en la implementación del programa. Por lo tanto, esta composición de la muestra refleja con fidelidad la realidad operativa del territorio estudiado.

Aspectos como la discontinuidad de programas y políticas, falta de recursos, escasa respuesta del sistema, falta de retroalimentación, existencia de redes informales de comunicación, registro inadecuado, la débil articulación entre centros de salud y hospitales y la falta de líderes de implementación, son obstáculos encontrados en este trabajo y transversales a otros

programas de salud pública. El hecho de que estas dificultades hayan sido señaladas incluso en municipios donde el programa no se implementó formalmente sugiere que se trata de limitaciones estructurales del sistema de salud, más que de fallas específicas de un programa determinado¹⁰. Considerar estas limitaciones estructurales podría ser clave para que las estrategias puedan desplegar su verdadero potencial. En línea con esto, al año 2025, el programa no se encuentra activo en el municipio debido a la falta de tests, lo que evidencia la persistencia de los obstáculos identificados incluso varios años después de realizada la evaluación.

En este sentido, el presente estudio aporta una contribución original al analizar cómo estas barreras estructurales se expresan en la implementación concreta de un programa preventivo en un municipio que adhirió formalmente al PNCCR. Lejos de ser fenómenos aislados, los hallazgos muestran que estas limitaciones configuran un entramado persistente que compromete la sostenibilidad de las intervenciones en terreno, incluso cuando hay compromiso institucional. Por otro lado, el estudio aporta insumos clave para diseñar estrategias de implementación más robustas, sensibles al contexto y sostenibles en el tiempo. Trabajar en la superación de estas barreras y en el fortalecimiento de los facilitadores no solo elevará la calidad de atención y la eficiencia de los programas, sino que también fomentará un sistema de salud más equitativo y accesible.

Agradecimientos: Este trabajo fue realizado con una Beca EMI del Ministerio de Salud de la Nación. Las autoras agradecen a Raúl Matanó, Victoria López, Ramona Brito, Leonardo Aveiga, Rubén Trepichio y Arnaldo Medina por gestionar el acceso al sistema de salud de Florencio Varela y facilitar los procedimientos necesarios para la recolección de los datos. También agradecen a los equipos de salud de los centros de salud por colaborar en el desarrollo de las entrevistas.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar

Bibliografía

1. Sung H, Ferlay J, Siegel R, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2021; 71: 209–49.
2. Roshandel G, Ghasemi-Kebria F, Malekzadeh R. Colorectal cancer: epidemiology, risk factors, and prevention. *Cancers (Basel)* 2024; 16: 1530.
3. Lansdorp-Vogelaar I, Knudsen AB, Brenner H. Cost-effectiveness of colorectal cancer screening - an overview. *Best Pract Res Clin Gastroenterol* 2010; 24: 439–49.
4. 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.
5. Ran T, Cheng C, Misselwitz B, Brenner H, Uebels J, Schlander. Cost-effectiveness of colorectal cancer screening strategies. A systematic review. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2019; 17: 1969–81.
6. 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.
7. Montalvan-Sanchez E, Norwood D, Dougherty M, et al. Colorectal cancer screening programs in Latin America. *JAMA Netw Open* 2024; 7: e2354256.
8. Beaber E, Kim J, Schapira M, et al. Unifying screening processes within the PROSPR consortium: a conceptual model for breast, cervical, and colorectal cancer screening. *J Natl Cancer Inst* 2015; 107: djv120.
9. Francke AL, Smit MC, De Veer AJE, Mistiaen P. Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: a systematic meta-review. *BMC Med Inform Decis Mak* 2008. doi: 10.1186/1472-6947-8-38.
10. Schenfeld Y, Schernenco J, Bellando MB, et al. Barreras y facilitadores del acceso al tamizaje de cáncer colorrectal. *Medicina (B Aires)* 2024; 84: 267–78.
11. Honein-AbouHaidar G, Kastner M, Vuong V, et al. Systematic review and meta-study synthesis of qualitative studies evaluating facilitators and barriers to participation in colorectal cancer screening. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2016; 25: 907–17.
12. Jarab A, Al-Qerem W, Almomani N, Heshmeh SB, Mukattash TL, Al Hamarneh YN. Colorectal cancer screening among the public: knowledge, attitudes, and the perceived barriers. *Int J Environ Health Res* 2024; 34: 2578–92.
13. Ministerio de Salud de la Nación. Instituto Nacional del Cáncer. En: <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/incidencia>; consultado enero 2025.
14. Ministerio de Salud de la Nación. Instituto Nacional del Cáncer. En: <https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/institucional/el-inc/pnccr>; consultado enero 2025.
15. Ministerio de Salud de la Nación. Instituto Nacional del Cáncer. Boletín RITA. En: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-02/2023-02-Bolet%C3%ADn-RITA-v-f.pdf>; consultado enero 2025.
16. Ministerio Salud de la Nación. Banco de Recursos de Comunicación. 4ta. Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2019 - Informe definitivo. En: https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2022-03/4ta-encuesta-nacional-factores-riesgo_2019_principales-resultados.pdf; consultado enero 2025.
17. Ministerio de Salud. Provincia de Buenos Aires. Instituto Provincial del Cáncer. En: <https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/controldecancer/informacion-para-equipos-de-salud/recursos-prevencion/>; consultado en enero 2025.
18. Municipio de Florencio Varela. Provincia de Buenos Aires. En: https://www.gba.gob.ar/capacidades-bonaerenses/listadecapacidades/florencio_varela; consultado julio 2024.
19. 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.
20. The consolidated framework for implementation research – Technical assistance for users of the CFIR framework. En: <https://cfirguide.org/>; consultado enero 2025.
21. Kegler MC, Liang S, Weiner B, et al. Measuring constructs of the consolidated framework for implementation research in the context of increasing colorectal cancer screening in federally qualified health center. *Health Serv Res* 2018; 53: 4178–203.
22. Harry ML, Truitt AR, Saman DM, et al. Barriers and facilitators to implementing cancer prevention clinical decision support in primary care: a qualitative study. *BMC Health Serv Res* 2029; 19: 534.
23. 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* 2017; 19: 349–57.
24. Novick, G. E. Health care organization and delivery

- in Argentina: a case of fragmentation, inefficiency and inequality. *Glob Policy* 2017; 8: 93–6.
25. Abelson JS, Bauer PS, Barron J, et al. Fragmented care in the treatment of rectal cancer and time to definitive therapy. *J Am Coll Surg* 2021; 232: 27–33.
 26. Choi DW, Kim S, Kim DW, Han KT. Fragmentation of care and colorectal cancer survival in South Korea: comparisons according to treatment at multiple hospitals. *J Cancer Res Clin Oncol* 2022; 148: 2323–33.
 27. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT, O'Brien MA, Oxman AD. Does telling people what they have been doing change what they do? A systematic review of the effects of audit and feedback. *Qual Saf Health Care* 2006; 15: 433–6.
 28. Hysong SJ, Best RG, Pugh JA. Audit and feedback and clinical practice guideline adherence: Making feedback actionable. *Implementation Science* 2006. doi: 10.1186/1748-5908-1-9.
 29. Flugelman AA, Stein N, Segol O, Lavi I, Keinan-Boker L. Delayed colonoscopy following a positive fecal test result and cancer mortality. *JNCI Cancer Spectr* 2019; 3: pkz024.
 30. Brenner DR, Carbonell C, Xu L, Nemecek N, Yang H. Association between time to colonoscopy after positive fecal testing and colorectal cancer outcomes in Alberta, Canada. *J Med Screen* 2024; 4: 232–8.
 31. Sanguinetti JM, Lotero Polesel JC, Piscoya A, Sáenz Fuenzalida R. Colorectal cancer screening. A South American perspective. *Rev Gastroenterol Peru* 2020; 40: 238–45.
 32. Heavener T, Jaeger V, Stephenson K, McStay F, Sing T. Diagnostic colonoscopy following abnormal FIT results: A quality improvement analysis. *J Clin Oncol* 2018; 36: Suppl. https://doi.org/10.1200/JCO.2018.36.4_suppl.568
 33. Unanue-Arza S, Solís-Ibinagagoitia M, Díaz-Seoane M, et al. Inequalities and risk factors related to non-participation in colorectal cancer screening programmes: a systematic review. *Eur J Public Health* 2021; 31: 346–55.
 34. Ruiz E, Hasdeu S. Rastreo de cáncer colorrectal: análisis de resultados en la provincia del Neuquén, Argentina, 2015-2019. *Rev Argent Salud Pública* 2021; 13:e38.
 35. Ruiz E, Hasdeu S, Hollamann M. Indicadores de desempeño de un programa de rastreo de cáncer colorrectal en la Provincia del Neuquén, Argentina, 2015-2019. *Rev Argent Salud Pública* 2022; 14:e78
 36. Cáncer Colorrectal en la Argentina: Organización, Cobertura y Calidad de las Acciones de Prevención y Control. En: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2018-10/0000001001cnt-2017-09-08-diagnostico-situacional-cancer-colorrectal-argentina.pdf>; consultado enero 2025
 37. 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.
 38. Unger-Saldaña K, Saldaña-Tellez M, Potter MB, Van Loon K, Allen-Leigh B, Lajous M. Barriers and facilitators for colorectal cancer screening in a low-income urban community in Mexico City. *Implement Sci Commun* 2020. doi: 10.1186/s43058-020-00055-z.
 39. Buehler JW, Castro JC, Cohen S, Zhao Y, Melly S, Moore K. Personal and neighborhood attributes associated with cervical and colorectal cancer screening in an urban African American population. *Prev Chronic Dis* 2019. doi: 10.5888/pcd16.190030
 40. Majidi A, Majidi S, Salimzadeh S, et al. Cancer screening awareness and practice in a middle income country; A systematic review from Iran. *Asian Pac J Cancer Prev* 2017; 18:3187–94.
 41. 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.
 42. Wang H, Yang M, Xiong W, et al. Noteworthy impacts of COVID-19 pandemic on cancer screening: A systematic review. *Fundam Res* 2024; 4: 484–94.
 43. Kadakuntla A, Wang T, Medgyesy K, et al. Colorectal cancer screening in the COVID-19 era. *World J Gastrointest Oncol* 2021; 13: 238–51.
 44. Miller CA, Guidry JPD, Kenning KL, Bohl JL, Fuemeler BF, Rivet EB. Barriers and facilitators of colorectal cancer screening during the COVID-19 pandemic. *Am Surg* 2024; 90: 1217–23.
 45. Dopson S, Fitzgerald L, Ferlie E, Gabbay J, Locock L. No magic targets! Changing clinical practice to become more evidence based. *Health Care Manage Rev* 2010; 35: 2–12.
 46. Denis JL, Hébert Y, Langley A, Lozeau D, Trottier LH. Explaining diffusion patterns for complex health care innovations. *Health Care Manage Rev* 2002; 27: 60–73.

Anexo. Guía de entrevistas

Solo para quienes refieren trabajar en un CAPS o en un servicio hospitalario

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

- Nos podría comentar cuál es su rol o su función actual/pasado en el CAPS/servicio?
- ¿Cuáles son los programas y/o actividades de mayor prioridad en su sector?
- Desde su experiencia ¿Cuáles considera que son las necesidades de la población que reside en su área con respecto a la prevención y control del CCR?

2. Conocimiento sobre la intervención:

- ¿Conoce el Programa? ¿Ha tenido vinculación con el Programa?
- ¿Ha recibido alguna formación específica en relación al Programa? Esa formación ¿fue promovida y financiada por autoridades sanitarias o respondió a un interés propio?
- ¿Qué nos podría Ud. contar sobre el circuito que establece el Programa?
- ¿Desde su punto de vista, qué aspectos le parecen destacables del Programa? (Positivos y/o negativos)

3. Experiencia sobre la implementación local

- ¿Cómo es/fue la aceptación del equipo de salud en relación a la implementación del Programa en su centro/servicio?
- ¿Cómo es/fue la participación del equipo de salud en relación a la implementación del Programa en su centro/servicio?
- ¿Cómo se organiza el servicio/el CAPS donde Ud. trabaja para llevar a cabo tareas de prevención, diagnóstico y tratamiento de CCR? ¿Hay alguna persona o un equipo que se encarga de dichas tareas? El resto de los integrantes del equipo de salud ¿participan de alguna manera o colaboran para llevar a cabo tareas de prevención de CCR?
- ¿En qué medida se modificó la organización del CAPS/servicio a partir de la pandemia?
- ¿Había/Hay algún referente en su lugar de trabajo que lleve adelante el programa?
- ¿Se han tomado medidas para alentar al equipo de salud a comprometerse a utilizar el programa? ¿Cuáles?

4. Aspectos operativos de la implementación local:

- Demanda asistencial en su lugar de trabajo: En su experiencia, ¿cómo surge la demanda de tamizaje para CCR? ¿Los pacientes solicitan o los propios profesionales recomiendan el tamizaje? ¿Esas solicitudes surgen de los mismos profesionales del centro o de otros profesionales externos? ¿Es frecuente la demanda? Quiénes demandan (Edad, género, cobertura, con o sin antecedentes) ¿Eso cambió a partir de la pandemia?
- Tamizaje: En su práctica, ¿A quiénes le indica o indicaría el tamizaje CCR? ¿Qué criterios aplican los otros profesionales que trabajan en su CAPS? ¿En otros CAPS? ¿Alguna vez pudo intercambiar con otros colegas en relación a las indicaciones de tamizaje? ¿Existen en el CAPS/los CAPS criterios unificados?
- Diagnóstico: ¿En su servicio/centro es factible realizar el diagnóstico de CCR? ¿Cómo se realiza? Una vez que un paciente tiene resultado positivo o diagnóstico de CCR, ¿qué información se le brinda? ¿Cómo es el manejo de este tipo de pacientes?
- Derivación: ¿Tuvo que derivar alguna vez un paciente con sospecha o diagnóstico de CCR? ¿Podría contarnos un poco más sobre esta experiencia? ¿Cómo se vincula su centro/servicio con los demás niveles de atención?
- Seguimiento: ¿Cómo se realiza el seguimiento de estos pacientes? ¿Qué sucede con la contra-referencia? ¿Cómo participan en el seguimiento de los pacientes ya diagnosticados? ¿Tienen algún algoritmo o estrategia de seguimiento de dichos pacientes?
- Circuito: ¿En su opinión o experiencia los pacientes logran completar el circuito del tamizaje de acuerdo a la guía del PNCCR? ¿Sabe si existen instancias de evaluación y control de las trayectorias de los pacientes?
- SITAM: ¿Alguien carga SITAM? ¿Alguien monitorea el registro de casos en el SITAM? ¿Tiene dificultades con SITAM?
- Monitoreo: ¿Ha establecido usted / su unidad / su organización metas relacionadas con la implementación del programa? ¿Cuáles son los objetivos? ¿Cómo se monitorea el progreso de las metas que se proponen?

5. Opiniones sobre el PNCCR:

- a. Complejidad: ¿Qué opina Ud. sobre el grado de complejidad que tiene su tarea/actividad dentro de la implementación del Programa? ¿Es factible?
- b. Fidelidad: Con respecto al Programa ¿usted considera que funciona adecuadamente en Florencio Varela/ en su centro/ en su servicio? ¿Por qué si o por qué no?

6. Recursos

- a. ¿La infraestructura disponible condiciona la implementación del Programa?
- b. ¿Y en cuanto a RRHH, considera Ud. que hay suficientes y tienen el entrenamiento adecuado para llevar a cabo el Programa?
- c. ¿Y en cuanto a los recursos físicos como test de SMOF, heladeras, torres de endoscopia?
- d. ¿Hay otros recursos que le hubiera gustado recibir?

7. Dinámica y cambios

- a. ¿Qué tan bien encaja la implementación del programa con los procesos y prácticas de trabajo existentes en su entorno?
- b. ¿El CAPS actúa como enlace entre agentes sanitarios y/o navegadores que se contacten con la comunidad y con el consultorio de asesoramiento para calificar el riesgo de las personas y determinar si son población objetivo para tamizaje?
- c. ¿Cuáles son los factores que dificultan la implementación del PNCCR?
- d. ¿Qué cambio o cambios cree Ud. que sería conveniente realizar para fortalecer la implementación del programa? ¿Cambios en las políticas? ¿Cambios en los sistemas de información o en los sistemas de registros electrónicos? ¿Otro?
- e. ¿Monitorean los tiempos entre la convocatoria de la población objetivo, y el resultado del test, entre este resultado positivo y la realización de la colonoscopia y entre ésta y el resultado de la biopsia o nuevo control con VCC?
- f. ¿Qué podría hacer Ud. desde su rol, para aumentar o mejorar la prevención, el tratamiento, el acceso y la concientización del paciente al Programa?
- g. ¿Cuáles son los factores que facilitan la implementación del Programa?

- 8. **Pregunta sobre COVID-19:** ¿Además de lo que comentó en las preguntas previas, hubo algunos otros efectos de la pandemia en relación con la prevención del CCR?

9. Preguntas finales

- a. Antes de terminar, ¿le gustaría hacer una reflexión o comentario final sobre la implementación del Programa?
- b. ¿Tiene alguna pregunta que quisiera hacernos?

Para decisores, rol de gestión o de decisión política**1. Introducción**

- a. ¿Nos podría comentar cuál es su rol o su función actual/pasado en la secretaría/el área programática/el INC?
- b. ¿Cuál es/era su función con respecto a la prevención del CCR?

2. Conocimiento y opinión

- a. ¿Conoce el Programa de Prevención de CCR?
- b. ¿Cómo recibió la información?
- c. ¿Cuál es su opinión sobre el programa?
- d. ¿Qué opina Ud. sobre el grado de complejidad que tiene la implementación del Programa en el territorio? ¿Es factible?
- e. ¿Cómo se alinea el Programa dentro de las prioridades y objetivos de la Secretaría de Salud?
- f. ¿Qué prioridad le asigna al tamizaje de CCR en comparación con las otras prioridades?

3. Aspectos operativos

- a. ¿Cómo se organizó la implementación del Programa en FV?
- b. ¿Cómo decidieron los CAPS a incluir? ¿Con qué criterios se seleccionaron los referentes?
- c. ¿Se diseñó el plan de implementación con la participación de los decisores sanitarios locales? ¿Con los equipos de salud?
- d. ¿Se ha implementado la intervención de acuerdo con el plan previsto? ¿O se requirieron cambios al momento de implementar el Programa?
- e. En los diferentes efectores, ¿cuáles cambios tuvieron que efectuarse de acuerdo a las características del lugar o de la población?
- f. ¿Se realizaron pruebas piloto de la implementación del programa?
- g. ¿Cómo se relacionan los efectores de los distintos niveles de atención en relación a las actividades del Programa?
- h. ¿Quiénes son los actores claves que influyeron en la implementación del programa?
- i. ¿Se trabajó con agentes sanitarios o navegadores de la población tanto para tamizaje, detección temprana, diagnóstico y eventual tratamiento?

4. Dinámica del funcionamiento

- a. ¿Cómo fue la aceptación y participación de los equipos de salud en relación a la implementación del Programa?
- b. ¿Se han dispuesto medidas para alentar a las personas a comprometerse a utilizar la intervención?
- c. ¿Ha establecido usted / su unidad / la autoridad sanitaria local metas relacionadas con la implementación? ¿Cuáles son los objetivos? ¿Cómo se monitorean?

5. Cambios

- a. ¿Cuáles son los principales retos para la implementación de este tipo de programa?
- b. ¿Qué cambios realizaría al Programa?
- c. ¿Qué componente Ud. cree que funciona bien y por lo tanto no modificaría?

6. Recursos

- a. ¿En qué condiciones se encuentra el sistema de salud de FV para implementar el Programa? (de acuerdo a infraestructura, equipos de salud, redes, etc.)
- b. ¿Cuáles son los recursos disponibles para implementar el programa? ¿La fuente de financiamiento es de nación, provincia o municipio?
- c. ¿Son suficientes?
- d. ¿Qué otros recursos le hubiera gustado recibir?

7. Pregunta sobre COVID-19

¿Cómo ha afectado la pandemia los aspectos que hemos conversado en relación con la prevención del CCR?

8. Preguntas finales

- a. ¿Qué espera Ud. sobre la evolución del programa para los próximos años?
- b. ¿Tiene alguna reflexión que le gustaría compartir?

CAPS: centros de atención primaria de salud; CCR: cáncer colorrectal; FV: Florencio Varela; INC: Instituto Nacional del Cáncer; PNCCR: Programa Nacional de Prevención y Detección Temprana del CCR; SITAM: Sistema de Información para Tamizaje; SMOF: sangre oculta en materia fecal; VCC: video colonoscopia