

Aceptabilidad, pertinencia y viabilidad de un Código Latinoamericano y del Caribe contra el Cáncer: percepciones de decisores y profesionales de la salud en Argentina

Cecilia Straw cecilia.straw@gmail.com

Facultad de Ciencias Sociales-Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina/CEDES

Victoria Sánchez Antelo vsanchezantelo@gmail.com

CEDES/CONICET

Melisa Paolino melisa@cedes.org

CEDES/CONICET

Raúl Murillo rmurillo@husi.org.co

Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia.

Carolina Espina espinac@iarc.fr

International Agency for Research on Cancer, Lyon, France

Silvina Arrossi silviarrossi2020@gmail.com

CEDES/CONICET

(Corresponding author).

Centro de Estudios de Estado y Sociedad/Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas, Sánchez de Bustamante 27, Buenos Aires 1193, Argentina

Resumen

Antecedentes: El cáncer es un importante problema de salud pública. En América latina y el Caribe (ALC) en 2020 se estimaron aproximadamente 1.500.000 nuevos casos y 700.000 muertes. Estas cifras aumentarán en un 78% en 2040 a más de 2,5 millones de personas diagnosticadas con cáncer cada año, que necesitarán atención médica, seguimiento y apoyo. Sin embargo, se estima que al menos un 40% de los cánceres podrían prevenirse si se adoptan estilos de vida más saludables, reducen las conductas de riesgo e implementan las intervenciones de salud recomendadas.

Objetivo: Evaluar las percepciones de decisores y profesionales de la salud acerca de un Código Latinoamericano y del Caribe Contra el Cáncer (CLCC) como herramienta de apoyo al diseño e implementación de políticas públicas de prevención y control del cáncer (aceptabilidad, pertinencia y viabilidad) en la Argentina.

Métodos: Se realizó una investigación con un enfoque cualitativo utilizando entrevistas individuales semiestructuradas a decisores y profesionales de la salud (n=30). Las preguntas y el análisis temático de la información recolectada se guiaron por las dimensiones del Marco Consolidado para Investigación de Implementación (CFIR): características de la intervención, contexto externo, contexto interno y características de los individuos.

Resultados: La propuesta de un CLCC como herramienta de apoyo al diseño e implementación de políticas públicas de prevención y control del cáncer fue ampliamente aceptada, tanto por los profesionales de la salud como por los decisores de salud, que a su vez lo percibieron como pertinente. Adicionalmente, desde la perspectiva de los entrevistados, habría que asegurar factores para garantizar la viabilidad de la implementación del CLCC como política de salud pública. Asimismo consideraron como legítimo que tome como modelo al CECC y que se adecue su contenido a las características específicas de la población latinoamericana, las costumbres, los hábitos de vida, los rasgos epidemiológicos y, en particular, al contexto socioeconómico argentino. Los entrevistados percibieron a un CLCC como una intervención en salud que tendría una complejidad que variaba por recomendación, si bien la mayoría de ellas eran viables. Entre los entrevistados hubo un amplio consenso que la elaboración de un CLCC podría reportar múltiples ventajas relativas vinculadas al mejoramiento de la política de prevención y control del cáncer, y la respuesta a las necesidades de la población. También fue considerado una oportunidad para introducir cambios considerados fundamentales. Respecto de la implementación del CLCC los entrevistados reportaron un clima institucional favorable dado que percibían que recibiría una prioridad relativa igual o mayor a las acciones de prevención en curso, y que contaría con el compromiso de las autoridades de salud. Asimismo percibieron que la implementación del

CLCC en sus contextos de trabajo tendría una baja complejidad, y que los decisores y los profesionales contaban con la capacidad necesaria para implementarlo. Finalmente consideraron que la implementación se vería favorecida con la participación y el consenso de los decisores de salud en el primer nivel de atención, y la negociación con sectores industriales y ecologistas.

Conclusiones: Nuestro estudio muestra una alta aceptabilidad, pertinencia y viabilidad del CLCC por parte de profesionales y decisores de salud. Esto facilitaría su implementación como una herramienta que podría potenciar las actuales políticas de prevención y control del cáncer en la Argentina. Asimismo, la investigación puso en evidencia la necesidad de adaptaciones del CLCC al contexto socioeconómico argentino, y resaltó la complejidad del cumplimiento de la población de las recomendaciones que involucran el cambio de conductas no saludables vinculadas a los factores de riesgo de cáncer.

Palabras clave

CANCER, ACEPTABILIDAD, PREVENCIÓN, CIENCIA DE LA IMPLEMENTACIÓN, CÓDIGO LATINOAMERICANO CONTRA EL CÁNCER, ARGENTINA.

Antecedentes/Introducción

El cáncer es un importante problema de salud pública. En América latina y el Caribe (ALC) en 2020 [1] se estimaron aproximadamente 1.500.000 de nuevos casos y 700.000 muertes, siendo el cáncer de próstata, mama, y colorrectal los de mayor número de casos. Asimismo, el riesgo de que las personas desarrollen o mueran por cáncer antes de los 75 años se estimó en 18,9% y 9% respectivamente. Estas cifras aumentarán en un 78% en 2040 a más de 2,5 millones de personas diagnosticadas con cáncer cada año, que necesitarán atención médica, seguimiento y apoyo [2]. Sin embargo, se estima que al menos un 40% de los cánceres podrían prevenirse si se adoptan estilos de vida más saludables, se reducen las conductas de riesgo y se implementan las intervenciones de salud recomendadas [3].

El Código Europeo contra el Cáncer (CECC), cuya primera versión se presentó en 1987, es una iniciativa de la Comisión Europea para informar a la población formas para reducir el riesgo de cáncer [4]. La cuarta versión vigente consta de doce recomendaciones sobre las conductas y acciones para la reducción del riesgo de enfermar y morir de cáncer validadas por la evidencia científica. En la redacción de las recomendaciones trabajaron expertos independientes coordinados por la Agencia Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (IARC-WHO), con el apoyo científico y técnico de investigadores líderes en la prevención y control del cáncer en Europa.

La extensión de tales recomendaciones a ALC proporcionaría recomendaciones basadas en evidencia como herramientas clave de prevención del cáncer para informar a las personas y guiar la educación sanitaria para promover comportamientos saludables y apoyar el desarrollo de políticas públicas [5]. Esto implica recopilar, analizar y evaluar la evidencia científica para respaldar las recomendaciones de prevención del cáncer adecuadas al contexto de ALC. Para la elaboración de un CLCC adaptado a la situación epidemiológica, socioeconómica y cultural de la Región se ha planteado una estrategia de involucramiento de un conjunto amplio de instituciones y redes regionales e internacionales que trabajan en el campo de la prevención y control del cáncer, de manera tal que los actores involucrados se apropien del futuro CLCC, y se conviertan en sus promotores [5]. Para eso, se ha conformado una coalición que incluye a la Organización Panamericana de la Salud y la IARC-WHO, un comité científico de investigadores seniors con amplia trayectoria en la Región, y un grupo de abogacía representando importantes organizaciones de LAC, tales como la Sociedad Latinoamericana y del Caribe de Oncología Médica, la Red de Institutos Latinoamericanos del Cáncer, la Coalición Caribe Saludable y la Asociación de Ligas Latinoamericanas Contra el Cáncer [5].

En particular, conocer y comprender las percepciones y las preferencias de los decisores de salud y los profesionales de la salud constituye un insumo imprescindible para decidir la implementación de una innovación como el Código Latinoamericano y del Caribe contra el Cáncer (CLCC). Precisamente los conocimientos y las funciones que desarrollan estos actores vinculados a las políticas preventivas del cáncer y los pacientes los constituye como informantes clave para la implementación del Código en el mundo real [6].

A fin de informar el futuro desarrollo del CLCC se llevó a cabo un estudio multicéntrico en Argentina y Colombia, para analizar la perspectiva de los decisores y gestores de políticas de salud, los profesionales de la salud y la población. En Colombia, la investigación sufrió retrasos debido a la pandemia de COVID-19, actualmente se encuentra en etapa de finalización del trabajo de campo y sus resultados van a estar disponibles próximamente. En este artículo presentamos los resultados obtenidos en Argentina sobre las percepciones de los profesionales de la salud y los decisores de salud acerca de la aceptabilidad, viabilidad y pertinencia del CLCC como herramienta de apoyo al diseño e implementación de políticas públicas de prevención y control del cáncer. En la Argentina [2] cada año se diagnostican aproximadamente 140.000 nuevos casos y 70.000 muertes, siendo el cáncer de mama, colorrectal y pulmón los de mayor carga. La 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) llevada a cabo en 2018, mostró que era insuficiente la incorporación de comportamientos de salud incluidos en las principales recomendaciones del Código Europeo (e.g. el consumo promedio diario de frutas y

verduras, la limitación del consumo de alcohol diario, la realización de actividad física, y el control del consumo de tabaco) [7].

Métodos

Diseño del estudio

Se realizó una investigación con un enfoque cualitativo utilizando entrevistas individuales semiestructuradas. La formulación del estudio, que estuvo a cargo del equipo de investigación, se guio por las dimensiones del Marco Consolidado para la Investigación en Implementación (CFIR por su sigla en inglés). El CFIR fue desarrollado por investigadores de Estados Unidos a finales de la década del '90 como parte de una iniciativa para mejorar la calidad de la atención de salud de los veteranos [8]. Desde entonces los constructos se han ampliado y actualmente se lo utiliza para el diseño, implementación y evaluación de diversas estrategias de salud y en diferentes contextos y países. EL CFIR provee un menú de constructos teóricos y multidisciplinarios que, en el caso de las investigaciones formativas, permiten articular de forma clara y consistente factores que potencialmente afectan los resultados de una implementación, en el marco de investigaciones formativas [9-10]. En nuestro estudio el CFIR guio el diseño de las guías de entrevistas y el análisis de los resultados. Esta guía se complementó con un análisis de los resultados según las definiciones de aceptabilidad, pertinencia y viabilidad propuestas por Proctor [6], que describimos a continuación:

- La aceptabilidad la definimos como el conjunto de las percepciones de los actores involucrados respecto de si una innovación o su contenido es agradable, deseable o satisfactorio.
- La pertinencia la definimos como el conjunto de las percepciones respecto del ajuste, la relevancia o la compatibilidad de una innovación o una práctica basada en evidencia de otro entorno, y/o el ajuste percibido por los actores involucrados respecto de que una innovación pueda direccionar o encausar un tema o un problema particular en un entorno definido.
- La viabilidad la definimos como las percepciones respecto de la medida en que una innovación se puede utilizar o llevar a cabo con éxito dentro de una determinada agencia o entorno.

Estos resultados fueron analizados a partir de los constructos del CFIR tomados como predictores [11] de la implementación del CLCC. Esta articulación de marcos teóricos la describimos en la Tabla 1.

Tabla 1: Dominios, constructos, definiciones CFIR y resultados de la implementación

Dominio	Constructo	Definición	Resultados de la Implementación
I. Características de la intervención	Origen de la intervención	Legitimidad del CECC como intervención externa a la institución de pertenencia de los profesionales y decisores	Aceptabilidad

		de salud		
	Ventaja relativa	Ventaja de implementar el CLCC frente a una estrategia alternativa	Aceptabilidad	
	Adaptabilidad	Grado en que el CLCC se puede adaptar, refinar o redefinir para satisfacer las necesidades locales	Aceptabilidad Pertinencia Viabilidad	
	Complejidad	Dificultad percibida de la implementación del CLCC	Aceptabilidad Viabilidad	
II. Configuración externa	Necesidades y recursos de la población destinataria	Percepción sobre el grado en que el CLCC responde a las necesidades de la población destinataria	Aceptabilidad Pertinencia	
	Presión de los pares	Presión de cualquier entidad externa para implementar una intervención	Aceptabilidad Viabilidad	
	Políticas externas e incentivos	Estrategias para difundir intervenciones a través de políticas y regulaciones.	Viabilidad	
III. Configuración interna	Ambiente de la implementación	Tensiones hacia el cambio	Percepción de los individuos respecto de la necesidad de cambio de una situación actual	Aceptabilidad Viabilidad
		Compatibilidad	Compatibilidad del CLCC con las normas, valores, flujos de trabajo y sistemas existentes	Aceptabilidad Pertinencia Viabilidad
		Prioridad relativa	Percepción compartida de los individuos sobre la importancia de la implementación del CLCC dentro de la organización	Aceptabilidad Pertinencia Viabilidad
	Preparación para la implementación	Compromiso de las autoridades	Compromiso, participación o responsabilidad de las autoridades con la implementación	Aceptabilidad Pertinencia Viabilidad
IV. Características de los individuos	Conocimientos y creencias sobre la intervención	Conocimientos y actitudes hacia o creencias sobre el CLCC	Aceptabilidad	
	Autoeficacia (<i>Self-efficacy</i>) y de los colegas	Capacidad de un individuo para ejecutar un curso de acción orientado a lograr los objetivos de la implementación	Pertinencia Viabilidad	

Elaboración propia en base a la adaptación de Damschroder [9], Proctor [6], Kirk [11] y Meyerson [12].

Lugar de realización del estudio

Argentina es un país federal compuesto por 24 provincias, cada una de las cuales es una entidad autónoma y responsable de la gestión y el financiamiento del sistema de salud provincial. Para el 2010, la población estimada era de alrededor de 40 millones de personas [13]. En 2021 un 90 % de la población vivía en centros urbanos, y 42% eran pobres [14]. El sistema de salud pública es gratuito para las personas sin seguridad social (trabajadores informales y sus familias), las personas con trabajo formal aportan al financiamiento de instituciones de salud vinculadas a la actividad profesional y empresas de salud privadas. El Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA) es el mayor conglomerado urbano del país, incluye a la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) y 40 municipios de la provincia de Buenos Aires (GBA). En total, según el censo de 2010, cuenta con casi 15 millones de habitantes, que representan el 37% de los habitantes de la Argentina [13].

Población objetivo y muestra

Se utilizó un muestreo intencional: se entrevistaron 15 decisores de salud vinculados a la política de prevención y control de los factores de riesgo de cáncer de Argentina con responsabilidades institucionales a nivel nacional, provincial y municipal, y 15 profesionales de la salud de centros de primer nivel de atención ubicados en los subsectores de salud público, privado y de las obras sociales del AMBA. No hubo una decisión a priori de cuotas para la distribución de las características de los integrantes de la muestra. La muestra fue por conveniencia y terminó integrada por quienes fueron invitados a participar y aceptaron (un decisor de salud hombre no aceptó participar y fue reemplazado por una decisora mujer de otra provincia; un profesional de salud hombre no aceptó participar y fue reemplazado por una profesional de la salud mujer de otro establecimiento de salud).

Crterios de inclusión y exclusión

Decisores de salud: ser funcionario estatal a cargo del diseño y gestión de las políticas orientadas a la prevención del cáncer del ámbito nacional, provincial o municipal. Fueron excluidos aquellos decisores de salud que cumplían funciones de atención de salud en el primer nivel de atención.

Profesionales de salud: poseer una formación médica clínica o generalista, y atender pacientes exclusivamente en centros de salud correspondientes al primer nivel de atención en el AMBA. Fueron excluidos aquellos profesionales de la salud que cumplían funciones en la gestión de políticas de prevención del cáncer.

Instrumento de recolección de la información

Las entrevistas individuales semiestructuradas se realizaron con una guía de pautas con preguntas elaboradas teniendo en cuenta las dimensiones y los constructos relevantes del CFIR. Las entrevistas se realizaron cara a cara o por teléfono, y tuvieron una duración promedio de una hora. Para dinamizar la entrevista, con anterioridad los entrevistados recibieron por correo electrónico una tarjeta con información sobre el CECC, así como el link al sitio web del CECC para que pudieran acceder a información adicional (<https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/es/>).

Recolección de la información

La información fue recolectada por una investigadora formada en ciencias sociales aplicadas al campo de la salud, entre diciembre de 2019 y marzo de 2020.

Técnica de Análisis

La información recolectada se analizó temáticamente [15]. Una vez realizada la transcripción, todas las entrevistas se ingresaron en el software ATLAS.ti (versión 7.5.4; ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH, Berlín). La codificación y el análisis se realizó siguiendo cuatro de los dominios del CFIR y sus constructos [9]. A lo largo

del análisis se comparó las perspectivas de decisores y profesionales. En los puntos en que se observaron coincidencias y diferencias se indica.

El análisis fue realizado por dos investigadoras; los resultados de la investigación fueron discutidos en sesiones conjuntas del equipo de investigación, y cualquier desacuerdo fue resuelto mediante un debate.

Aspectos éticos y consentimiento de los participantes

El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación Dr. Norberto Quirno (CEMIC). Antes de la entrevista, a cada participante se le explicaron los objetivos del estudio y se solicitó la firma del consentimiento informado para registrar la entrevista y utilizar las respuestas para el análisis. Se garantizó la confidencialidad y anonimato de los participantes.

Resultados

Participantes del estudio

De los 15 decisores de salud, 11 fueron mujeres y 4 varones, distribuidos de acuerdo con el ámbito en el que ejercían sus funciones del siguiente modo: 5 a nivel nacional; 9 a nivel provincial y 1 a nivel municipal. El tiempo de antigüedad en la función fue en promedio de 3 años, con un mínimo de 6 meses y un máximo de 10 años. De los 15 profesionales de salud, 11 fueron mujeres y 4 varones, distribuidos de acuerdo con el ámbito en el que atendían pacientes del siguiente modo: 11 en el subsector público, 3 en el subsector privado y 1 en el subsector de la seguridad social. El tiempo de antigüedad en la función fue en promedio 9 años, con mínimo de 1 año y un máximo de 25 años.

Conocimientos previos sobre el CECC

El conocimiento previo de los decisores de salud y los profesionales sobre el CECC fue muy escaso, predominando el desconocimiento.

“No conocía [el CECC], y me llamó la atención porque yo estuve rotando en un equipo de atención primaria de Barcelona cuatro meses, y nunca me lo presentaron” (Profesional 5, público, GBA).

“La verdad que estas recomendaciones las tenemos incorporadas porque son las que normalmente uno utiliza, pero no lo tenía al Código [CECC] hasta que ustedes me hicieron llegar el material” (Decisor 8, nivel nacional).

Aceptabilidad, viabilidad y pertinencia de un CLCC

La propuesta de un CLCC fue ampliamente aceptada, tanto por los profesionales de la salud como por los decisores de salud, que a su vez lo percibieron como pertinente. Adicionalmente, desde la perspectiva de los actores entrevistados, habría que asegurar factores para garantizar la viabilidad de la implementación del CLCC como política de salud pública

en el marco del sistema de salud argentino y de las políticas de control del cáncer vigentes. A continuación, se presentan las distintas dimensiones utilizadas para el análisis de la aceptabilidad, pertinencia y viabilidad.

Percepciones relativas a un CLCC basado en el CECC

Los decisores y profesionales de la salud consideraron legítimo que un CLCC tome como modelo al CECC. Para los entrevistados, la experiencia previa del CECC constituía un antecedente positivo, considerándola una influencia favorable en la implementación local tanto para las autoridades de salud como para la población. En particular, entre los decisores de salud primó la percepción de que el hecho de que hubiera sido implementado en Europa evidenciaba la efectividad de sus doce recomendaciones.

A pesar de la coincidencia acerca del antecedente positivo del CECC, algunos decisores reportaron que el CLCC sería un código diferente, adaptado a la realidad nacional, a los rasgos culturales y epidemiológicos de la población y los sistemas de salud locales. Así, este grupo consideró que las particularidades del CLCC y los cambios que serían necesarios realizar para la implementación local diluirían la posible influencia del origen europeo del código, y que la intervención local terminaría siendo muy diferente del antecedente europeo.

“Para mí puede influir positivamente mirar otro lugar donde lo están usando y funciona. Y siempre es algo bueno decir “alguien ya lo probó”” (Profesional 7, obra social, CABA).

“Creo que es un buen aval si en Europa ya se está implementando y que nosotros tengamos una adaptación latinoamericana de ese código. La gente lo tomaría con más confianza” (Decisor 1, nivel provincial).

“A veces implementar es tan complejo que resulta anecdótico que sea de Europa o de Estados Unidos. El hecho de que digas “vamos a hacer un código latinoamericano” cambia. Podés adaptar una herramienta que básicamente el contenido científico sea similar, pero considerando todos los aspectos diferentes para que se implemente, tanto del sistema de salud como de la comunidad, lo cambia” (Decisor 8, nivel nacional).

Tanto profesionales de la salud como decisores coincidieron de forma unánime en que la implementación local del CLCC basado en la experiencia europea debería ser liderada por el Ministerio de Salud de la Nación (MSN), para garantizar una alta aceptación de los diferentes actores involucrados. Adicionalmente, algunos decisores manifestaron matices en cuanto al rol del MSN, enfatizando que la función de liderazgo del CLCC correspondería al Instituto Nacional del Cáncer. De todas formas, también se enfatizó que el liderazgo de una institución nacional debería ser compartido con los organismos estatales provinciales (e.g. ministerios de salud, institutos o agencias de control del cáncer).

“Yo creo que tendrían que liderar el Ministerio de salud, Instituto

Nacional del Cáncer, Ministerio de Salud de la provincia, Instituto Provincial del Cáncer. Es una línea que no tiene que ser interrumpida" (Decisor 5, nivel provincial).

Respecto de la adaptabilidad de las recomendaciones específicas, tanto decisores como los profesionales de la salud coincidieron en que aquellas referidas a la protección de sustancias cancerígenas en ámbitos laborales y a los altos niveles naturales de radón, no entraban dentro de las posibilidades de una acción individual si no se cuenta con políticas públicas referidas al tema. Por otra parte, consideraron que era necesario eliminar la recomendación referida a la Terapia Hormonal Sustitutiva (THS), dado que no era compatible con los lineamientos actuales de prevención del cáncer.

"Hay dos que me parecieron horribles. Yo me tengo que poner a averiguar si en mi casa hay radiación... Jamás le podría decir a una persona que lo haga, la sacaría. Esto no puedo depender de que una persona averigüe, o lo del trabajo también "protéjase de sustancias cancerígenas". Acá hay un montón de lugares que no las respetan. Y si es la única posibilidad de trabajo que tenés, ¿le vas a ir a decir a la empresa? Está ese temor al despido. Esas cuestiones no pueden quedar en manos de la persona, que encima en el caso del trabajo está en una situación de asimetría con el que le tiene que ir a reclamar que lo cumpla. Te digo que las sacaría" (Profesional 2, público, GBA).

"No conozco ningún tipo de política municipal que aborde el radón ni otro tipo de componente natural" (Profesional 10, público, GBA).

"Hay dos puntos que no sé qué tiene que ver, la terapia hormonal sustitutiva acá, jamás hablamos de esto. No sé si es porque no está todavía tan probado o porque hay desconocimiento (Decisor 6, nivel provincial).

Respecto de la necesidad de adaptar las recomendaciones del CECC que sí fueron aceptadas, se encontraron diferencias en las respuestas según el tipo de entrevistados. Entre los profesionales de la salud predominaron aquellos que reportaron que no serían necesarias adaptaciones. En su opinión, el CECC es completo en cuanto a los tipos de cánceres prevalentes, e incorpora como elemento distintivo la vinculación de comportamientos que, en general, no se asocian con la prevención del cáncer o la reducción de los factores de riesgo de cáncer (e.g. consumo de alcohol, alimentación y lactancia materna), ni por la población ni por los profesionales de la salud. Por su parte, los decisores propusieron adaptar algunas recomendaciones al contexto socioeconómico argentino (e.g. niveles de pobreza, actividades productivas, uso de agroquímicos), e incorporar nuevos contenidos como por ejemplo la vacuna contra el Virus de Papiloma Humano (VPH) para niños, de manera de adecuarlo a la legislación argentina. Para ellos, la implementación del CLCC era posible si se consideraban las adaptaciones propuestas.

"Bien interesante el contenido que vincula a las cuestiones de prevención del cáncer con lo de alcoholismo. Cuando hago educación sobre los efectos negativos del alcohol no hablo nunca de cáncer, y

cuando hablo de alimentación lo hablo pensando más en enfermedades crónicas pero no pienso en cáncer, lactancia materna, uno piensa en que el bebé crezca bien y no piensa en el cáncer de mama. Está bueno la identificación con el tema de cáncer, hace falta visibilizar esa cosa de causalidad entre esas actividades y la prevención del cáncer” (Profesional 12, público, CABA).

“Creo que hay una parte que se tiene que adaptar con respecto a “coma saludablemente”. Primero tiene que comer. ¿Qué tiene para comer la persona? Primero tenemos que ver también cuál es el contexto socioeconómico actual en el cual está atravesando esa mujer, esa familia, esa población. Las adaptaciones de algo europeo a algo en Latinoamérica me parecen un aspecto muy importante que no se puede no ver y ni dejar de considerar al momento de hacer la recomendación en sí” (Decisor 8, nivel nacional).

Entre los entrevistados, las percepciones sobre la complejidad del CLCC como intervención en salud varió según la recomendación. Para los profesionales de la salud y los decisores, la mayoría de las recomendaciones eran viables (e.g. vacunación, lactancia, tamizaje preventivo para el cáncer de mama, cérvicouterino y colorrectal, cesación tabáquica y espacios libres de humo), ya que se alineaban con políticas ya existentes.

“La mayoría no tiene ningún tipo de contradicción, ni trabajo superpuesto o contrapuesto a los que estamos intentando desarrollar...” (Decisor 2, nivel provincial).

Por otro lado, ambos destacaron que algunas recomendaciones (e.g. alimentación saludable, ejercicio diario, protección de sustancias cancerígenas en ámbitos laborales) involucrarían en su cumplimiento una multiplicidad de factores que complejizarían su implementación. Por ejemplo, se mencionó la necesidad de contar con una política alimentaria que facilite el acceso a productos saludables y diseñar una intervención efectiva para la modificación de hábitos no saludables.

“Siempre surge que con el cumplimiento no es tanto lo que haga el sistema sanitario sino lo que tiene que ver con los determinantes sociales, las políticas de alimentación de comida saludable, el consumo de frutas y verduras, y el consumo de alcohol. Son políticas que muchas veces exceden al Ministerio de Salud. Y no es porque no se conozcan las comidas que mejoran la salud o los factores protectores. Muchas veces no es una elección sino lo que pueden o les alcanza para hacer a las personas. Hay también una cuestión cultural, y muchas veces cuestiones de las necesidades básicas insatisfechas. Venimos diciendo siempre: comer sano, comer frutas y verduras, y tal vez un cambio de abordaje en la política sanitaria de alimentación es lo más difícil” (Decisor 3, nivel provincial).

“De la población que atiendo es muy difícil que mantenga una alimentación saludable porque no puede acceder. Comen cosas con mucha grasa, con mucho azúcar, muchas harinas refinadas porque muchos de esos alimentos son más baratos, y es difícil incorporar frutas, verduras y cereales integrales que tienen un costo más elevado. Y las condiciones laborales de la mayoría de las personas que atiendo

no cumplen con ninguna medida de cuidado, y eso no es fácil de cambiar y va más allá de un médico” (Profesional 10, público, GBA).

Asimismo, los decisores mencionaron la posible oposición que el CLCC podría recibir por parte de los grupos ecologistas si no se elaborara una recomendación que prohíba el uso de los agroquímicos, y el rechazo de grupos cuyos intereses económicos podrían ser afectados por las recomendaciones de conductas saludables en la población (e.g. industria tabacalera, industria de productos alimenticios hiper-procesados, etc.). Otro de los argumentos para fundamentar una alta complejidad en la implementación del CLCC de estos entrevistados fue la posible oposición de las autoridades del primer nivel de atención de la salud si el CLCC se implementara sin una estrategia de participación y consenso con estos actores que deben implementarlo.

“Yo creo que va a haber muchos grupos que van a decir que el CLCC no es verdad. Grupos ecologistas que van a decir que es mentira porque acá no están los agroquímicos que son los únicos que producen cáncer. [...] Lo mismo está pasando con la ley de agroquímicos, y donde hay mucho tironeo. El decisor político tiene que ir caminando entre estas cuestiones porque estos grupos tienen mucha capacidad de hacerse ver mediáticamente por más que esto tenga un aval científico” (Decisor 5, nivel provincial).

“Todo es complejo porque la realidad es compleja. Y nadie puede estar en desacuerdo con un Código con aval nacional e internacional. Aunque siempre vas a tener algún iluminado que te va a discutir que la tierra es redonda. Y eso sumado a intereses económicos que hay en juego con ciertas cosas que se quieran aplicar” (Decisor 7, nivel nacional).

“Todo el tiempo hay diferencias de criterios en un sistema de salud fragmentado que responde según el nivel de injerencia. Creo que para que no quede solo en un código colgado en una página web o disponible en un documento, hay que trabajar la llegada con todos los efectores del primer nivel de atención” (Decisor 8, nivel nacional).

Asimismo, ambos tipos de entrevistados mencionaron la necesidad de acompañar el CLCC con planificación estratégica, la realización de campañas publicitarias, la disponibilidad de mayor número de recursos humanos capacitados y motivados, una mayor duración de la consulta médica, así como con políticas públicas y reglamentaciones, y el involucramiento de instituciones no sanitarias en su implementación (e.g. escuelas).

“Va a ser necesario tener claro el objetivo y tener una planificación estratégica de cuáles van a ser las acciones y perseverar. Cada decisor tiene que estar muy seguro de lo que quiere lograr, no perder su objetivo, y en ese camino no aflojar. Muchas veces cuesta y nos tiran abajo un presupuesto, un cambio de gestión o por necesidad como ahora con el coronavirus” (Decisor 12, nivel provincial).

“En primer lugar se va a necesitar que las consultan duren más de lo que duran porque la consejería lleva tiempo, en especial si son muchos temas, y los pacientes se ponen cada diez minutos en el hospital. Es

muy difícil la atención más la consejería en ese tiempo. Y que se involucre a nivel política de recursos humanos más personal para la atención primaria de la salud” (Profesional 14, privado, CABA).

Implementación del CLCC en relación con las políticas de prevención y control del cáncer

Entre los decisores y los profesionales de salud hubo un amplio consenso respecto a que elaborar un CLCC podría reportar múltiples ventajas relativas frente a la situación actual. Ambos tipos de entrevistados coincidieron que las recomendaciones del CECC potenciarían las acciones que se vienen desarrollando para la prevención y el control de los factores de riesgo de cáncer. También opinaron que un CLCC significaría disponer de recomendaciones para reducir el riesgo de cáncer específicas para la realidad latinoamericana. Paralelamente, los entrevistados destacaron que un CLCC favorecería la implementación de cambios considerados fundamentales para que las políticas, programas y acciones implementadas tengan los resultados esperados (e.g. priorización del cáncer como política pública nacional, asignación del presupuesto necesario, desarrollo de acciones preventivas en otros tumores no priorizados y acciones de difusión y promoción de conductas preventivas en la población). Complementariamente, los entrevistados mencionaron la necesidad de fortalecer el primer nivel de atención de salud, la inversión en la formación de recursos humanos, y la elaboración de regulaciones y normativas para promover comportamientos saludables. En su opinión, la implementación del CLCC podría actuar como un facilitador de los cambios señalados.

“El punto uno y dos hace referencia a la política de disminución del consumo de tabaco que no tiene la relevancia que uno quisiera. Peso saludable y ejercicio se viene desarrollando, y tal vez el Código con un trabajo interinstitucional pudiera mejorar [la prevención], lo mismo que la alimentación saludable. No venimos desarrollando en la provincia nada con el consumo de alcohol, es muy poco lo que se hace. Lo que tiene que ver con vacunas, lactancia materna y la participación en los programas de tamizaje claramente lo venimos desarrollando, y el Código puede potenciar muchísimo más” (Decisor 3, nivel provincial).

“En realidad, básicamente hablando de factores de riesgo, no puntualmente con el cáncer, para mí el punto es tener un marco regulatorio que te obligue. Me parece que las medidas regulatorias deberían modificarse en relación con muchas de las cosas que se proponen en el código. No veo mucha distancia entre lo que se plantea en este código al marco que nosotros fijamos para las acciones” (Decisor 6, nivel provincial).

“Se necesita trabajar en la dirección que se viene haciendo, pero lo que se necesita es inversión más que cambiar las cosas. Le falta un impulso por falta de inversión en recursos humanos, en capacitaciones para desarrollar un recurso humano que trabaje con verdadera calidad” (Decisor 13, nivel nacional).

Por otra parte, los entrevistados coincidieron en que la elaboración de un CLCC respondería a las necesidades de la población al proveer lineamientos de acción homogéneos para la prevención y el control de los factores del riesgo de cáncer. En su opinión, esta ventaja representaría una oportunidad para integrar las acciones de los distintos subsistemas de salud (público, privado y obras sociales), de las distintas jurisdicciones de gobierno (nacional, provincial y municipal) y de las organizaciones de la sociedad civil vinculadas al cáncer. Asimismo, resaltaron la necesidad del trabajo colaborativo de los distintos ministerios (e.g. salud, educación, industria, etc.), y la incorporación de los diferentes sectores y actores involucrados (e.g. sector industrial, representantes políticos, sindicatos, etc.) en la implementación del CLCC.

“Cuando uno protocoliza algo, en este caso el Código, la gente al tener información sobre qué podemos hacer y tener tales objetivos es más fácil, es más simple. Y aparte no hay tantas opiniones de profesionales en el medio y la idea es que todo el mundo trabaja sobre la misma pauta de prevención del cáncer con la gente” (Profesional 1, público, GBA).

“Los ministerios, las sociedades científicas, secretarías de salud tomarlo desde algo más macro. Desde el nivel nacional bajarlo como una misma línea de trabajo, nación, provincias y municipios” (Decisor 9, nivel provincial).

“Creo que hay que sentarse para estos temas más asiduamente las áreas de salud y legislativas de cada una de las provincias con los sectores industriales porque son valiosos, y dada la oportunidad participan adecuadamente” (Decisor 4, nivel provincial).

En particular, los profesionales de la salud destacaron que para responder a las necesidades de la población la implementación del CLCC como política pública tiene que establecer “la obligatoriedad” de su abordaje en las consultas médicas. Junto a este trabajo dentro del sistema de salud también señalaron la necesidad de continuar con las acciones en el territorio para que los profesionales puedan conocer y adaptar la implementación del CLCC a las condiciones de vida de las personas, y a la vez habilitar un proceso de atención de la salud a lo largo del tiempo. Complementariamente, los profesionales destacaron incluir actividades comunitarias de promoción de la salud que favorezcan la toma de conciencia de la población sobre hábitos saludables.

“Yo creo que podemos hacer campañas de concientización porque ayuda a los centros de salud que manejan la atención primaria de la salud: sobre la edad de la prevención porque los pacientes no llegan, llegan tarde, tienen miedo o la mujer se queda en la casa y no tiene los controles que tiene que tener. Esto podemos hacer como gestores o como equipo de salud para prevenir” (Decisor 15, nivel provincial).

Entre los entrevistados predominaron los que consideraron que la implementación del CLCC contaría con el compromiso de las instituciones de salud, principalmente del subsector público, con un apoyo tanto o más

prioritario que las políticas de prevención del cáncer vigentes. Las percepciones coincidieron en que el CLCC contribuiría a reforzar y profundizar algunas medidas de prevención en ejecución, y reafirmaría el valor que tiene el estilo de trabajo a nivel comunitario que vienen realizando. Asimismo, los entrevistados reportaron de forma predominante que la implementación del CLCC contaría con el compromiso de las autoridades de salud. Los argumentos mencionados fueron que la mayoría de las recomendaciones contenidas en el CECC coinciden con las políticas públicas impulsadas actualmente.

“A nosotros [el CLCC] nos permitirá mostrar nuestras acciones que ya se vienen realizando como una estrategia integral de prevención para todos los cánceres. Nuestro esfuerzo está destinado al tamizaje y tratar que llegue a todas las personas que son sujetas de derecho. [...] Si dentro del Código latinoamericano el tamizaje es una prioridad, y el Código aborda mucho más que eso, como Ministerio vamos a poder implementarlo como una prioridad. Y como parte del equipo estará todo mi esfuerzo puesto en eso” (Decisor 3, nivel provincial).

“El Código en realidad me sirve como para replantearme si me faltan intervenciones, por eso le daría una mayor prioridad a lo que hoy está vacante como lo del alcohol y el sol para adultos, o lo del cáncer en el ámbito laboral” (Profesional 5, público, GBA).

“Creo que sería muy bien recibido por las autoridades de salud y de gobierno de la provincia, las sociedades intermedias y ONGs [organizaciones no gubernamentales] lo tomarían inmediatamente” (Decisor 1, nivel provincial).

“No creo que tengan objeciones las autoridades de salud porque de hecho hay cosas que se hacen” (Profesional 7, obra social, CABA).

Por otra parte, en el caso de los pocos decisores que sostuvieron que la implementación del CLCC tendría una menor prioridad frente al trabajo actual, la justificación esgrimida fue que los contenidos del CLCC exceden el alcance de las acciones de prevención del cáncer que ellos pueden llevar a cabo.

“Lo de mayor prioridad es el tema de la alimentación saludable y la actividad física. [...] Y menor prioridad todo el resto del Código” (Decisor 6, nivel provincial).

Percepciones sobre las capacidades para implementar el CLCC como una intervención de salud

Los decisores y los profesionales de la salud percibieron que la implementación del CLCC como una intervención de salud en sus contextos de trabajo (e.g. práctica médica para los profesionales de la salud, ámbito de diseño e implementación de políticas públicas para los decisores) tendría una baja complejidad. En su opinión, la mayoría de las recomendaciones del CECC coinciden con los lineamientos de las políticas de prevención y control de los factores de riesgo de cáncer vigentes. Paralelamente, algunos decisores también destacaron que la

disponibilidad de recursos humanos en el primer nivel de atención, sobre todo de aquellos que trabajan a nivel territorial (e.g. promotores de salud, agentes sanitarios) facilitaría la implementación en los servicios de salud. Por otro lado, consideraron que la protocolización del CLCC funcionaría como un recordatorio de los temas a abordar en la consulta médica. Asimismo, tanto los decisores como los profesionales de la salud manifestaron que la claridad en la redacción de las recomendaciones facilitaría la comunicación de los contenidos del CLCC.

“Creo que se podría implementar fácilmente porque estamos trabajando en línea con las recomendaciones entonces sería parte de la implementación de muchas políticas. Un aspecto más, por ello no sería difícil” (Decisor 14, nivel nacional).

“Pienso que resultaría fácil en la consulta porque más o menos la mayoría son los temas que solemos hacer” (Profesional 2, público, GBA).

“Lo que facilita la implementación es el recurso humano. El tema de las promotoras, los agentes sanitarios y los equipos interdisciplinarios lo facilita” (Decisor 9, nivel provincial).

En línea con la percepción de autoeficacia para implementar la intervención, ambos tipos de entrevistados reportaron que tanto ellos, como sus colegas, tenían las capacidades necesarias para incorporar el CLCC como una estrategia preventiva del cáncer. Para los profesionales de la salud esta percepción positiva de la autoeficacia se vinculaba con su formación médica generalista, que facilitaría el abordaje de las conductas de salud que promueve el CECC en el marco de la consulta médica.

“Me resultaría fácil por la formación generalista que tengo y no estar concentrado en algún aspecto muy particular de tratar una enfermedad” (Profesional, 3, público, GBA).

Discusión

Nuestro estudio constituye la primera investigación formativa para evaluar la aceptabilidad, pertinencia y viabilidad de un CLCC como herramienta de apoyo al diseño e implementación de políticas públicas de prevención y control del cáncer desde la perspectiva de decisores y profesionales de la salud en América Latina. El diseño del estudio se basó en el CFIR, que es un marco conceptual de la ciencia de la implementación especialmente apropiado para identificar, en la etapa de pre-implementación de una intervención de salud, las adaptaciones al contexto local que sean necesarias. Los resultados muestran que la implementación del CLCC tiene una alta aceptabilidad por parte de los profesionales y decisores de salud, que a su vez lo perciben como pertinente. Adicionalmente el estudio identificó aquellos factores que, desde la perspectiva de los actores entrevistados, habría que asegurar para garantizar la viabilidad de la implementación del CLCC como política de salud pública.

Nuestros resultados mostraron un conocimiento previo muy escaso acerca de la existencia del CECC por parte de los entrevistados. Sin embargo, una vez que, en el marco de la entrevista, se informaron sobre la experiencia europea, hubo una alta aceptabilidad acerca de la elaboración de un CLCC basado en el CECC. Este es un hallazgo clave de nuestro estudio dado que la legitimidad de la fuente u origen de la intervención está asociado al éxito de su implementación.

Asimismo, los entrevistados consideraron que la disponibilidad del CLCC aportaría múltiples ventajas relativas frente a la situación actual, principalmente por proveer recomendaciones específicas para reducir el riesgo de cáncer en el país y Latinoamérica, y tener la posibilidad de potenciar las actuales políticas públicas de prevención y control de los factores de riesgo de cáncer, y de introducir los cambios que estas políticas necesitan. Esta percepción de los entrevistados coincide con los resultados de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (2018) que mostraron que políticas implementadas en los últimos años para promover consumos y prácticas saludables (reducir el consumo de grasas trans y sodio [7,16], disminuir el consumo de tabaco [7,16] y promover la actividad física y deportiva [7,16] tuvieron resultados dispares, limitaciones en la aplicación y los controles de las normas y reglamentaciones, y áreas de vacancias [7] sobre las que resulta prioritario implementar nuevas intervenciones que contribuyan a la prevención y la reducción del riesgo de cáncer. El reconocimiento de que una intervención tiene ventajas relativas frente a la situación actual ha sido considerado como un factor clave en el éxito de una intervención de salud [17]. En un estudio que evaluó un programa de control de peso en los EEUU, los decisores de salud identificaron a las ventajas relativas del programa (e.g. impulsar el programa existente y expandirlo, incorporar una perspectiva interdisciplinaria al programa de control de peso) como el único factor positivo vinculado a su implementación exitosa [18].

En Argentina, el cáncer constituye una de las principales causas de enfermedad y muerte. Nuestro estudio mostró que la implementación del CLCC es percibida como pertinente, es decir, permitiría encausar o resolver un problema de salud prioritario. En efecto, tanto los decisores como los profesionales reportaron que el CLCC respondería a las necesidades de la población en cuanto a la prevención del cáncer al facilitar la unificación de los lineamientos de estas políticas en los distintos subsistemas de salud. Para los entrevistados, la fragmentación del sistema de salud y, a veces, la contradicción de prácticas clínicas y de políticas de salud implementadas en los subsistemas de salud y en los distintos niveles jurisdiccionales (nacional-provincial-municipal) generan inequidad en el acceso a prácticas basadas en la evidencia. Diversos estudios han documentado que en Argentina la inequidad en la distribución de la cobertura de salud y el acceso a los servicios resulta alarmante, y que las dificultades para lograr que el sistema cubra las necesidades de toda la población han tenido más que ver con la falta de

coordinación de políticas que con la ausencia de políticas [19-20]. En este sentido, el CLCC proveería un marco unificador de manera de garantizar que toda la población tenga la misma posibilidad de recibir prácticas e intervenciones para la prevención y control de cáncer validadas científicamente y con alto nivel calidad.

En nuestro estudio la alta viabilidad del CLCC se vinculó con como los entrevistados percibieron su implementación en relación con cuatro características consideradas claves para el éxito de una intervención en salud [17, 21, 22]: a. constituiría una ventaja relativa en relación a la situación de política pública actual, b. recibiría una mayor prioridad por parte de las autoridades sanitarias, c. su implementación como intervención para aplicarse en el ámbito laboral sería de relativa baja complejidad y d. se adecuaría a las prácticas de atención que tienen los profesionales de la salud.

La percepción de alta autoeficacia para incorporar el CLCC como una intervención en los ámbitos profesionales (práctica médica y gestión de políticas públicas) es un factor clave para la viabilidad de su implementación. La evidencia muestra que las percepciones de simplicidad para incorporar una intervención en la práctica laboral por parte de los actores involucrados tienen una asociación positiva con la implementación efectiva [17,21]. Un estudio llevado a cabo en Vietnam mostró que una intervención para aumentar la adopción de guías de tratamiento del consumo de tabaco [23] tuvo una baja aceptabilidad y percepción de viabilidad por parte de profesionales de la salud. En dicho estudio, los principales problemas señalados por los entrevistados fueron la mayor complejidad de la intervención comparada con las prácticas vigentes, su incompatibilidad con la sobrecarga y flujos de trabajo de la práctica clínica, y la competencia con otras prioridades asignadas a programas preventivos de enfermedades crónicas no transmisibles por parte de las autoridades salud. En nuestro estudio, a pesar de que también se mencionó la necesidad de adaptar los tiempos de la consulta médica para poder incorporar el CLCC como intervención de salud, primó la percepción de una alta autoeficacia. Esto se vinculó con dos aspectos claves: la mayoría de las recomendaciones coinciden con los lineamientos de las políticas vigentes y los recursos humanos del primer nivel de atención tienen la formación específica para implementar el CLCC en el marco de la consulta médica.

La aceptabilidad, pertinencia y viabilidad del CLCC se vinculó asimismo con una percepción positiva por parte de los entrevistados respecto del compromiso de las autoridades de salud con su implementación. Diversos estudios [18, 24, 25] han mostrado que la participación y el compromiso de las autoridades son fundamentales para la comunicación de objetivos, el establecimiento y monitoreo de metas, y facilitar la retroalimentación entre los miembros de los equipos involucrados. Así, el compromiso de las autoridades de salud genera un clima de implementación favorable, que, a su vez, facilita una implementación efectiva [17]. Es posible hipotetizar

que el compromiso de las autoridades percibido por los entrevistados también va a contribuir positivamente con el clima de implementación, sobre todo si las autoridades efectivamente se comprometen con la aplicación del CLCC.

En nuestro estudio, los entrevistados identificaron factores que habría que asegurar para garantizar la viabilidad de la implementación del CLCC como política de salud pública. En este sentido señalaron la necesidad de participación y consenso de los decisores de salud en el primer nivel de atención, y la negociación con grupos económicos (e.g. industria de la alimentación) y ecologistas. Estos hallazgos resultan relevantes dado que la necesidad de la construcción de consensos y el fortalecimiento de los procesos de gobernanza es considerada un factor fundamental para el cambio o introducción de nuevas tecnologías de salud [26]. En un estudio que analizó los factores vinculados a la introducción efectiva del tamizaje cervical con Test de VPH [26] se mostró que la participación de las autoridades del sistema de salud y los jefes de diferentes servicios de salud a nivel local desde las primeras fases del proyecto fue clave para garantizar que la intervención tuviera los resultados esperados en relación con el tamizaje, diagnóstico y tratamiento de lesiones precancerosas.

Nuestros resultados mostraron que los profesionales de la salud ponderan positivamente que el CLCC incluya recomendaciones relativas a la alimentación y al consumo de bebidas alcohólicas, dado que consideran que en general, existe una escasa vinculación de estos temas con la prevención del cáncer, tanto entre sus pares como en la población. Sin embargo, los entrevistados plantearon dudas en cuanto a la viabilidad de las recomendaciones que implican cambios de hábitos alimentarios y de conductas no saludables. Tanto los profesionales de la salud como los decisores entrevistados reportaron que las recomendaciones relativas a la alimentación saludable, el consumo de alcohol, el peso corporal y el ejercicio diario serían las de mayor dificultad de cumplimiento por la multiplicidad de factores que intervienen en el cambio de conductas de las personas. Por otro lado, los entrevistados subrayaron la necesidad de mejoramiento de las condiciones socioeconómicas para que estas recomendaciones puedan ser incorporadas por la población general. Esto es de fundamental importancia dado el deterioro en las condiciones de vida sufrido por buena parte de la población argentina en los últimos años. En Argentina, en el año 2021 se registraban 12 millones de personas en situación de pobreza y 3 millones más en situación de indigencia [14]. También se viene registrando un aumento sostenido del precio de los alimentos y bebidas no alcohólicas (alrededor del 53% entre junio 2020 y junio 2021) [27]. Adicionalmente, sólo en el último año se registró una pérdida de puestos de trabajo del 12,3% que impactó de manera diferente de acuerdo con el grado de formalidad: mientras que en el empleo registrado los puestos de trabajo cayeron un 5%, en el empleo no registrado fue del 26,5%, cifra que entre las mujeres tuvo un mayor deterioro (28%) [28]. Este escenario muestra condiciones socio-

estructurales que pueden afectar el cumplimiento de las recomendaciones del CLCC relativas a la alimentación saludable o a la no exposición a sustancias cancerígenas en el ámbito laboral. Asimismo advierte sobre la necesidad del acompañamiento de políticas públicas que permitan que la población tenga la posibilidad de adoptar conductas preventivas y no expuestas a factores de riesgo de cáncer.

Los resultados obtenidos contribuyen a una mayor comprensión de las percepciones de los decisores y profesionales que trabajan vinculados a las políticas preventivas y en el primer nivel de atención de la salud. Ambas cuestiones resultan factores centrales que contribuirán al fortalecimiento de las acciones de prevención y reducción del riesgo de cáncer en el país.

Una limitación de la investigación es que los datos provistos por los profesionales de la salud corresponden a los ubicados en el Área Metropolitana de Buenos Aires, lo que en parte limitará la transferibilidad de los resultados. De todas formas, los datos corresponden al mayor conglomerado urbano de un país que respecto de América latina y el Caribe registra mayores riesgos de desarrollar o de morir por cáncer antes de los 75 años [2]. En ese sentido serán necesarias investigaciones futuras para la adecuación de un CLCC a las características locales, los sistemas de salud, y las necesidades de la población de otros países de la región.

Conclusiones

Nuestro estudio muestra una alta aceptabilidad, pertinencia y viabilidad del CLCC por parte de profesionales y decisores de salud. Esto facilitaría su implementación como una herramienta que podría potenciar las actuales políticas de prevención y control del cáncer en la Argentina.

La percepción del CLCC como una intervención que aportaría ventajas en comparación con la situación actual de la prevención y control del cáncer, que respondería a las necesidades de la población y, que cuenta con recursos humanos capacitados para que lo incorporen en el primer nivel de atención constituyen la base de una implementación exitosa, en los términos hasta ahora reportados por la literatura especializada.

Asimismo, la investigación puso en evidencia la necesidad de adaptaciones del CLCC al contexto socioeconómico argentino, y resaltó la complejidad del cumplimiento de la población de las recomendaciones que involucran el cambio de conductas no saludables vinculadas a los factores de riesgo de cáncer.

Lista de abreviaturas

ALC, América latina y el Caribe; CECC, Código Europeo Contra el Cáncer; CFIR, Marco Consolidado para Investigación de Implementación; CLCC, Código Latinoamericano contra el Cáncer; THS, Terapia Hormonal Sustitutiva; VPH, Virus de Papiloma Humano.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen intereses en competencia.

Financiamiento

Este artículo presenta una investigación independiente financiada por la Agencia Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (IARC-WHO), a través de un subsidio otorgado por la Sociedad Americana de Cáncer (ACS). Las opiniones expresadas son las de los autores y no necesariamente las de estas instituciones.

Agradecimientos

Los autores agradecen al Dr. Eduardo Cazap por el apoyo a la realización de la investigación, y a los y las entrevistados/as por su generosidad para dedicar tiempo a la realización de las entrevistas.

Referencias

1. IARC-WHO-GLOBOCAN (2020) Cancer Today. [<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/904-latin-america-and-the-caribbean-fact-sheets.pdf>] Consulta 12-2-2021.
2. IARC-WHO-GLOBOCAN (2020) Cancer Today. [<https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/32-argentina-fact-sheets.pdf>] Consulta 12-2-2021.
3. IARC (2020) World Cancer Report: Cancer Research for Cancer Prevention. [https://iarc.who.int/cards_page/world-cancer-report/] Consulta 31-8-2021.
4. Pérula de Torres LA, Espina García C (2017) Grupo colaborativo estudio CECC. Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (semFYC). ¿Qué es el Código Europeo contra el Cáncer, quiénes lo conocen y para qué sirve? Aten Primaria 50(2), 71-73.
5. Cazap E, de Almeida LM, Arrossi S, García PJ, Garmendia ML, Gil E, Hassel T, Mayorga R, Mohar A, Murillo R, Owen GO, Paonessa D, Santamaría J, Tortolero-Luna G, Zoss W, Herrero R, Luciani S, Schüz J, Espina C (2019) Latin America and the Caribbean Code Against Cancer: Developing Evidence-Based Recommendations to Reduce the Risk of Cancer in Latin America and the Caribbean. J Glob Oncol 5, 1-3.
6. Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunker A, Griffey R, Hensley M (2011) Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. Adm Policy Ment Health 38(2), 65-76.

7. Secretaría de Salud de la Nación argentina (2018) 4° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo en la Argentina. [https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/publicaciones/enfr_2018_resultados_definitivos.pdf] Consulta 12-2-2021.
8. Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) (2009). [<https://cfirguide.org/>] Consulta 17-2-2022.
9. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC (2009) Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implementation Sci* 4:50, 1-15.
10. Damschroder LJ (2020) Clarity out of chaos: Use of theory in implementation research. *Psychiatry Res.* 283, 1-6.
11. Kirk MA, Kelley C, Yankey N, Birken SA, Abadie B, and Damschroder L (2016) A systematic review of the use of the Consolidated Framework for Implementation Research. *Implementation science* 11:72, 1-13.
12. Meyerson BE, Agle J, Jayawardene W, Eldridge LA, Arora P, Smith C, Vadieli N, Kennedy A, Moehling T (2020) PharmNet Research Team. Feasibility and acceptability of a proposed pharmacy-based harm reduction intervention to reduce opioid overdose, HIV and hepatitis C. *Res Social Adm Pharm.* 16(5), 699-709.
13. INDEC (2010) Censo Nacional de Población, Viviendas y Hogares 2010. Resultados Definitivos. [https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2010_tomo2.pdf] Consulta 31-8-2021.
14. INDEC (2021) Informe Condiciones de Vida. Vol.5. nº 4. Incidencia de la pobreza e indigencia en 31 centros urbanos. [https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/eph_pobreza_02_2082FA92E916.pdf] Acceso 20-7-21
15. Braun V, Clarke V (2006) Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 3(2), 77-101.
16. Ministerio de Salud de la Argentina "Plan Nacional Argentina Saludable" (2013) [[Documento161.pdf \(salud.gob.ar\)](#)] Acceso 14-9-21
17. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O (2004) Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *Milbank Q* 82, 581-629.
18. Damschroder LJ, Lowery JC (2013) Evaluation of a large-scale weight management program using the consolidated framework for implementation research (CFIR). *Implement Sci.* 8:51, 1-17.
19. Cetrángolo O (2014) Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino. *Rev. De Economía Política de Buenos Aires*, Año 8, Vol. 13, 145-183.

20. Cotlear D, Gómez-Dantés O, Knaul F, Atun R, Barreto IC, Cetrángolo O, Cueto M, Francke P, Frenz P, Guerrero R, Lozano R, Marten R, Sáenz R (2015) Overcoming social segregation in health care in Latin America. *Lancet* 385(9974), 1248-59.
21. Gustafson DH, Sainfort F, Eichler M, Adams L, Bisognano M, Steudel H (2003) Developing and testing a model to predict outcomes of organizational change. *Health Serv Res* 38, 751-776.
22. Klein KJ, Conn AB, Sorra JS (2001) Implementing computerized technology: An organizational analysis. *J Appl Psychol* 86, 811-824.
23. VanDevanter N, Vu M, Nguyen A, Nguyen T, Van Minh H, Nguyen NT, Selley DR (2020) A qualitative assessment of factors influencing implementation and sustainability of evidence-based tobacco use treatment in Vietnam health centers. *Implement Sci.* 15:73, 1-10.
24. Liang S, Kegler MC, Cotter M, Emily P, Beasley D, Hermstad A, Morton R, Martinez J, Riehman K (2016) Integrating evidence-based practices for increasing cancer screenings in safety net health systems: a multiple case study using the Consolidated Framework for Implementation Research. *Implement Sci.* 11:109, 1-12.
25. Hudson KG, Lawton R, Hugh-Jones S (2020) Factors affecting the implementation of a whole school mindfulness program: a qualitative study using the consolidated framework for implementation research. *BMC Health Serv Res.* 20:133, 1-13.
26. Arrossi S, Paolino M, Laudi R, Thouyaret L (2021) Changing the paradigm of cervical cancer prevention through introduction of HPV-testing: evaluation of the implementation process of the Jujuy Demonstration Project in Argentina. *Ecancermedicalscience* 15:1199. 1-16.
27. INDEC (2021) Informes técnicos. Vol.5, nº 127. Índice de precios. [https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/ipc_07_212AB2FD3F4F.pdf] Acceso 20-7-21
28. OIT (2021) La OIT acompañó a la CTA en la presentación de un informe sobre el impacto de la pandemia en la economía informal. [http://www.ilo.org/buenosaires/noticias/WCMS_814463/lang--es/index.htm <https://politicadelsur.com/nota/67895/la-cta-y-la-oit-lanzan-un-proyecto-para-luchar-contra-la-informalidad-laboral/>] Acceso 14-9-21