



Milca **CUBERLI\***

\*. Licenciada en Ciencias de la Comunicación, Universidad de Buenos Aires (UBA). Magister en Salud Pública (UBA). Doctora en Ciencias Sociales (UBA). Docente universitaria. Desde el año 2012 trabaja en el Área de Producción de Evidencia Científica- Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino (PNPCC) del Instituto Nacional del Cáncer INC. e-mail: milca.cuberli@gmail.com

Mariana **CUROTTO\***

\*. Licenciada en Ciencia de la Comunicación, Universidad de Buenos Aires (UBA). Maestranda en la maestría de Intervención Social (UBA). Coordinadora de Implementación de Estrategias de Tamizaje en Cáncer del Instituto Nacional del Cáncer (INC). e-mail: marianacurotto@gmail.com

Luis **PAUL\***

\*. Médico, Universidad de Buenos Aires (UBA). Docente Adscripto UBA. Consultor y Asesor científico del PNPCC-INC,MSAL, 2010-2016. Coordinador del Programa Nacional de Prevención del cáncer cervicouterino (PNPCC) del Instituto Nacional del Cáncer (INC) 2021-2024. e-mail: lpaul@inc.gob.ar

---

PRESENTADO: 01.03.24

ACEPTADO: 10.05.24

19

# METODOLOGÍAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE UNA POLÍTICA SANITARIA EN LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICOUTERINO EN LA ARGENTINA.

## Resumen

El Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino (PNPCC), dependiente del Instituto Nacional del Cáncer (INC) del Ministerio de Salud de la Nación (Argentina), implementa estrategias sanitarias basadas en la evidencia científica local e internacional disponible. Este artículo tiene como objetivo compartir abordajes, modelos metodológicos y tomas de decisiones que se encuentran por detrás de la construcción de una política pública de salud. Se describirán instancias de desarrollo metodológico que fueron clave en la evolución del PNPCC-INC como programa de prevención. También nos abocaremos a describir el proceso de escalamiento que se dió a partir de la evidencia generada y que promovió la implementación del tamizaje por test de VPH en diferentes jurisdicciones del país en un marco programático.

**Palabras Clave:** Políticas públicas; Prevención del cáncer cervicouterino; Implementación.

### Summary

*The National Cervical Cancer Prevention Program (PNPCC), which is part of the National Cancer Institute (INC) of the Ministry of Health of the Nation (Argentina), implements health strategies based on available local and international scientific evidence. This article aims to share approaches, methodological models and decision-making that are behind the construction of a public health policy. Instances of Methodological Development That were key in the evolution of the PNPCC-INC as a prevention program will be described. Also, we will focus on describing the scaling process that occurred based on the evidence generated and that promoted the implementation of HPV screening tests in different jurisdictions of the country within a programmatic framework.*

**Key words:** Public policies; Cervical cancer prevention; Implementation.

## INTRODUCCIÓN

El Programa Nacional de Prevención de Cáncer Cervicouterino (PNPCC), dependiente del Instituto Nacional del Cáncer (INC) del Ministerio de Salud de la Nación (Argentina), implementa estrategias sanitarias basadas en la evidencia científica local e internacional disponible. A nivel local, el PNPCC-INC ha liderado investigaciones para abordar los problemas vinculados a la prevención de este tipo de tumor en nuestro país, poniendo en práctica diferentes estrategias metodológicas que permitieron construir conocimiento clave para entender los problemas de implementación de la política pública, así como para reorientar sus lineamientos y socializar el aprendizaje obtenido. El objetivo de este artículo es presentar aspectos metodológicos que hacen al diseño y a la implementación de una política nacional sanitaria para el abordaje del cáncer cervicouterino (CC) en la Argentina. Sin pretensiones de exhaustividad ni de abarcar los diferentes momentos a lo largo del tiempo, se presentarán algunos hitos que muestran instancias de reflexión, generación de conocimiento, direccionalidades y evaluaciones que posibilitaron alcances con impacto en el objetivo general de reducir la incidencia y mortalidad por CC en Argentina.

El CC es una enfermedad ligada a la pobreza estructural -imposibilidad de costearse el transporte para asistir a controles- y a otro tipo de determinantes sociales de la salud como el género -mujeres abocadas a tareas de cuidado que les dificulta

contar con tiempo para asistir a los servicios de salud-, el nivel educativo y la oferta de servicios de salud -centrados en los servicios y no en las usuarias- (Paolino, 2013).

Es un tipo de cáncer altamente prevenible; sin embargo, sigue siendo una de las principales causas de muerte en mujeres. A nivel mundial, es el cuarto cáncer más frecuente, con una estimación de 662,301 casos nuevos en 2022, y la tercera causa de mortalidad, con 348,874 fallecimientos registrados en el mismo año. Cerca del 90% de esas muertes ocurren en las regiones socioeconómicamente menos desarrolladas. En 2022, América Latina y el Caribe registraron 63.171 nuevos casos diagnosticados y 33.514 muertes a causa de esta enfermedad. En Argentina, en 2022 se estimaron 4.696 casos nuevos de cáncer cervicouterino y ocurrieron más de 2.200 muertes (Olivos y Fattore, 2024). Cifra que posiciona al país entre los que tienen, a nivel mundial, tasas de incidencia medias altas. Dada esta situación epidemiológica, se requieren políticas públicas para el abordaje de este tumor, los programas sanitarios surgen en sí mismos como estrategias.

### EL RELANZAMIENTO DEL PNPCC: ENTRE EL DIAGNÓSTICO SITUACIONAL Y LA INVESTIGACIÓN FORMATIVA (2009-2011)

Antes de 2008, la política pública nacional para la prevención del cáncer cervicouterino contaba con

el Subprograma de Detección Precoz de Cáncer Cervicouterino. Este subprograma, establecido en 1998 por la Resolución Ministerial N° 480/98, estaba coordinado por una sola persona sin nombramiento oficial y dependía del Programa Nacional de Control de Cáncer, bajo la supervisión de la Dirección Nacional de Medicina Sanitaria (Arrossi, 2008). Sin descenso significativo de la mortalidad en los últimos treinta años -cuestión que evidencia la realización de acciones sin impacto-, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) encargó la realización de un Diagnóstico de Situación con el objetivo de analizar las causas de esos resultados y las actividades llevadas a cabo para identificar los componentes a ser modificados o fortalecidos. El instrumento utilizado para relevar la información fue una encuesta que respondieron 19 referentes de las 24 provincias que componen nuestro país. Los resultados principales evidenciaron una distribución desigual de la mortalidad por cáncer cervicouterino -con 13 jurisdicciones por encima del valor nacional-. Respecto al marco programático, se evidenciaron en los programas provinciales problemáticas ligadas a la baja cobertura, falta de controles de calidad en los laboratorios de citología (Papanicolau/Pap) y ausencia de sistemas de información para el monitoreo y la evaluación de impacto. Se identificó que la baja cobertura respondía a la característica oportunista del tamizaje (se ofrecía de modo casual la realización del Pap a mujeres que acudían de modo espontáneo a la consulta ginecológica o por indicación médica, específicamente la ginecológica) no llegando con la propuesta a otro grupo de mujeres que visitaban otros servicios de salud y o que directamente no concurrían a ningún efector de salud. Los referentes provinciales mencionaron la falta de reconocimiento sobre la importancia del tamizaje y sobre las pautas programáticas (a quién tamizar, cuando, etc) en los integrantes de los equipos de salud. Se relevó además en el primer nivel de atención de salud, la falta de personal capacitado para hacer el tamizaje mediante el Pap.

Con base en estos resultados, en 2008 se relanzó el Programa Nacional de Prevención del Cáncer Cervicouterino (PNPCC), que fue formalizado como programa en 2011 mediante la Resolución Ministerial N° 1261/2011. Posteriormente, en 2014, el programa fue transferido a la jurisdicción del Instituto Nacional del Cáncer a través de la Resolución Ministerial N° 1407/2014. El Instituto, crea-

do en 2010 mediante el Decreto Presidencial N° 1286, es el organismo responsable del desarrollo e implementación de políticas de salud, así como de la coordinación de acciones integradas para la prevención y control del cáncer en Argentina.

En la etapa de relanzamiento del PNPCC-INC además de la realización del Diagnóstico Situacional (Arrossi, 2008) se realizó una investigación formativa: “Lo que piensan las mujeres” (Zamberlin *et. al.*, 2011) con el objetivo de analizar conocimientos y percepciones de mujeres de diferentes provincias con altos niveles de morbimortalidad. El estudio comprendió la realización de 14 grupos focales en los que participaron 79 mujeres. La convocatoria estuvo dirigida a mujeres que no se habían realizado un Pap o que lo habían hecho hace 3 años, participando mujeres de nivel socioeconómico bajo con residencias urbanas y semi-rurales de las provincias de Chaco, Jujuy, Misiones, Salta y la provincia de Buenos Aires.

Pueden sintetizarse como principales resultados: la percepción del cáncer de cuello de útero como una enfermedad grave y ligada a la muerte, desconocimiento sobre el VPH (virus de papiloma humano) poniendo de manifiesto la falta de asociación entre la infección de transmisión sexual y el CC. El Pap resultó ser el método de tamizaje más reconocido por las mujeres jóvenes y si bien se asoció con un estudio médico se desconocía su utilidad. En relación a las concepciones sobre accesibilidad, las barreras para la realización del Pap surgieron de tipo subjetivas como vergüenza a exponer el cuerpo desnudo y miedo a que el resultado sea positivo. En menor medida surgieron las barreras de índole estructural ligadas a los servicios de salud o geográficas. La evidencia obtenida se consideró entre otras cuestiones para la planificación de la comunicación programática a partir de considerar las características sociales y culturales de las destinatarias - población objetivo- de la política pública.

A partir del diagnóstico situacional y la investigación formativa y considerando como máxima problemática la necesidad de aumentar la cobertura del tamizaje, en el periodo 2008-2011 el PNPCC-INC concentró sus acciones en el fortalecimiento de los programas provinciales con mayores tasas de mortalidad: Chaco, Formosa, Jujuy, Misiones

y Salta en el marco del “Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y de los Adolescentes” (Prieto et. al., 2010). Se estableció como población objetivo a las mujeres entre 35-64 años.

Entre las principales actividades desarrolladas por el PNPCC-INC durante ese período se destacaron la provisión de equipamiento para la lectura de citologías y pinzas para el diagnóstico y tratamiento oportuno de lesiones de alto grado en el cuello del útero (H-SIL). También se generaron estrategias educativas y comunicacionales adaptadas al contexto social y cultural de la población, se brindaron capacitaciones a los recursos humanos involucrados en la prevención del cáncer cervicouterino, y se implementaron actividades de monitoreo y evaluación de los programas provinciales.

En 2009, el PNPCC-INC diseñó e implementó el Sistema de Información para el Tamizaje (SITAM) (WHO, 2014), que resultó fundamental en los años siguientes para respaldar las acciones del programa nacional y de los programas jurisdiccionales (Arrossi et al., 2019). En 2010, se implementó la estrategia de Navegadoras, esencial para fortalecer la red de referencia y contrarreferencia, conectar a las mujeres con los servicios de salud, y reducir los tiempos de acceso al diagnóstico y tratamiento tras el tamizaje. Las actividades de las navegadoras incluyen brindar información y acompañamiento a las mujeres a lo largo del proceso de atención, facilitando la re-vinculación con los servicios de salud a través de contactos telefónicos, visitas domiciliarias, gestión de turnos, y monitoreo mediante seguimientos personalizados. Esta estrategia se ha consolidado a lo largo de los años, como lo reflejan sus encuentros de capacitación y actualización, así como diversos documentos técnicos (Paolino y Arrossi, 2012; Arrossi et al., 2019).

## 2012-2014 PROYECTO DEMOSTRACIÓN JUJUY (PDJ) Y EL ESCALAMIENTO DE LA ESTRATEGIA DEL TEST DE VPH A OTRAS GEOGRAFÍAS

A finales del siglo pasado se comprobó como causa necesaria del cáncer cervicouterino una infec-

ción persistente en el tiempo por algunos tipos de VPH (virus de alto riesgo). Se estima que varones y mujeres en más del 80% estarán afectados por el virus en algún momento de sus vidas (Koutsky, 1997 y Crum et al., 2003). El test de VPH es una prueba que permite detectar la presencia del VPH mientras que el Pap detecta cambios en cuello del útero producidos por una infección persistente del VPH. Ambas pruebas pueden ser utilizadas como métodos de tamizaje primario.

En 2011, el Ministerio de Salud de la Nación estableció la Estrategia Integral para la prevención del cáncer cervicouterino que consistió en la vacunación contra el VPH para niñas de 11 años, el Pap destinado a mujeres a partir de los 25 años y el Test de VPH<sup>1</sup> para mujeres a partir de los 30 años. Para incorporar el test de VPH en nuestro país se llevó a cabo -entre los años 2011-2014-, un Proyecto Demostración en la provincia de Jujuy (PDJ) implementado por el INC a través del PNPCC y el Ministerio de Salud de la provincia de Jujuy. Se construyeron indicadores clave de desempeño utilizando el SITAM, también se establecieron algoritmos y pautas, se creó un laboratorio de VPH, se capacitaron a integrantes del equipo de salud y se diseñaron estrategias de comunicación entre otras actividades.

A finales de 2012, 22,834 mujeres habían accedido a la prueba de VPH, la cual ya se ofrecía en todos los centros de salud de la provincia (N=270). Este proyecto demostró que la introducción efectiva de pruebas de VPH en contextos programáticos de ingresos bajos y medios es factible y permite detectar más casos de enfermedad que la citología (Pap) (Arrossi, 2015). Estas acciones permitieron que Argentina se convirtiera en el país pionero en América Latina en incorporar esta intervención en un contexto programático real, estableciendo recomendaciones específicas para su aplicación clínica y programática, basadas en evidencia científica tanto local como internacional.

Un ejemplo de las diferentes acciones del PDJ fue la implementación de una campaña de comunicación integral en 2012 con el objetivo de informar el test de VPH en la provincia de Jujuy. La población

1. En el 2015 se aprobó por la resolución ministerial N° 2381/2015 la “Estrategia de Incorporación de la prueba de VPH como tamizaje primario”.

destinatarias fueron mujeres de 30 años y más. La acción comunicacional acompañó los propósitos programáticos respecto al tamizaje, promoviendo que las mujeres se realicen esta prueba para lograr una alta cobertura. Los contenidos de la campaña ofrecían información sobre el VPH, el significado de los posibles resultados de la prueba y los pasos a seguir en base a los mismos. Los contenidos fueron diseñados a partir de una revisión sistemática<sup>2</sup> de artículos científicos (Thouyaret, 2011) de países como Australia, Inglaterra y Estados Unidos, con experiencia en la implementación del test de VPH y la vacuna contra el VPH. A partir de la revisión, el equipo técnico del PNPCC definió los mensajes clave a incluir en sus materiales de comunicación y capacitación: que el VPH es un virus muy común, que la mayoría de las personas lo contraerá en algún momento de su vida, y que el cáncer cervicouterino (CC) es prevenible. Además, se buscó enfatizar que tener una infección por VPH no equivale a tener cáncer, con el objetivo de destacar el carácter preventivo y alejarse del estigma social que asocia el cáncer con la muerte y al VPH con una infección de transmisión sexual (ITS).

Dos años después de implementada la campaña, se realizó un estudio descriptivo y exploratorio, con un enfoque cualitativo, para conocer las opiniones de las mujeres. Se utilizaron cuatro grupos focales mediante un muestreo intencional como técnica de recolección de datos. Los resultados mostraron que las mujeres preferían mensajes cortos, claros y directos (quién, qué y dónde). Algunas piezas de comunicación fueron percibidas como confusas o contradictorias, lo que evidenció la necesidad de que el personal de salud actuara como mediador, especialmente en un tema que puede resultar complejo para quienes no tienen conocimientos previos o un alto nivel educativo (Arrossi y Cuberli, 2018).

Como resultado de este estudio, a fines de 2015 se implementaron modificaciones: se redujeron la cantidad de piezas y de información proporciona-

da, y se priorizaron mensajes directivos, destacando a las destinatarias (mujeres mayores de 30 años) y resaltando la accesibilidad de una prueba sencilla disponible en centros de salud. Con estas características, se diseñaron nuevas piezas de comunicación que luego fueron implementadas paulatinamente en las provincias para promover el test de VPH.

La evidencia obtenida y los resultados positivos del PDJ permitieron el escalamiento a nuevas provincias de la estrategia del test de VPH en diferentes etapas: Tucumán, Catamarca, Misiones y Neuquén a partir de octubre del año 2014 (Arrossi *et al.*, 2015; Arrossi *et al.*, 2016; Arrossi *et al.*, 2019). Y continuando con el escalamiento de la siguiente manera:

- 2017: incorporación de la provincia de Buenos Aires (Ituzaingó, Florencio Varela y La Matanza).
- 2018: incorporación de las provincias de Chaco y Corrientes; y escalamiento en Buenos Aires (Alte. Brown, Morón, San Martín y Tres de Febrero).
- 2020-2021: incorporación de las provincias de Entre Ríos, Salta y Santiago del Estero.
- 2022-2023: incorporación de las provincias de Formosa, La Rioja, San Luis, Santa Fe y Río Negro. Escalamiento en Buenos Aires (Hurlingham, Gral. Rodríguez, Lomas de Zamora, Moreno y Quilmes, junto con experiencia piloto en Htal. Héroes de Malvinas de Merlo)
- 2024: se planificó incorporar a la estrategia a las provincias de Córdoba (que cuenta con prueba piloto desde el 2017), La Pampa y Tierra del Fuego.

De esta manera, más de la mitad de las provincias del país ofrecen el Test de VPH en contexto programático, a través de un proceso de implementación a partir de intervenciones y evaluaciones que se detallan a continuación.

2. Las revisiones sistemáticas son resúmenes estructurados de la información disponible orientada a responder una pregunta específica. Se constituyen por diferentes artículos y fuentes de información. Describen el proceso de elaboración transparente y comprensible para seleccionar, de manera crítica, evidencia disponible con respecto a la efectividad de tratamientos y/o diagnósticos, entre otros (Moreno *et al.*, 2018).

El test de VPH se puede realizar en dos modalidades: la toma convencional (TC) y la autotoma (AT). En la toma convencional, un profesional de salud realiza el procedimiento en un centro de salud, donde se efectúan dos pruebas: el test de VPH y, en caso de resultar positivo, una citología (Pap) para analizar la presencia de VPH en el cuello del útero. En la modalidad de autotoma, la persona puede realizarse la prueba a sí misma, siguiendo una breve explicación proporcionada por un miembro del equipo de salud.

En el marco del PDJ, en 2012 se realizó un estudio denominado EMA (Evaluación de la Modalidad Autotoma) en la provincia de Jujuy, utilizando un enfoque de métodos combinados. Este incluyó un estudio aleatorizado por clusters, entrevistas cualitativas a mujeres, y una encuesta transversal a los agentes sanitarios que participaron en el trabajo de campo tras un ciclo de capacitaciones. En el estudio participaron más de 6,000 mujeres y 280 agentes sanitarios, quienes visitaron los hogares para ofrecer el test de VPH. Si las mujeres aceptaban, se las invitaba a participar en el estudio, previa firma del consentimiento informado.

Los resultados evidenciaron una alta efectividad del test de VPH para la detección de lesiones CIN2+, con un rendimiento superior al del Pap (1.15 frente a 0.62), lo cual permitió cuadruplicar la cobertura en comparación con la toma convencional (Arrossi *et al.*, 2015), mejorando así los indicadores de cobertura. Además, la autotoma mostró una alta aceptación por parte de las mujeres, con una preferencia del 86% frente al 20% en la toma convencional.

Tras la evidencia obtenida sobre la alta aceptación de la modalidad de AT del test de VPH, en 2012 se investigaron mediante un estudio de métodos mixtos los motivos por los cuales las mujeres optan por esta modalidad. Se realizaron entrevistas en profundidad (n=30) y dos grupos focales, y los datos recopilados fueron analizados mediante un análisis temático. Los resultados cuantitativos indicaron que las principales razones para elegir la modalidad AT estaban relacionadas con cuestiones de género: la AT ayudaba a reducir barreras asociadas a las responsabilidades de cuidado, las tareas domésticas y la organización familiar,

así como obstáculos vinculados al acceso a los servicios de salud. Por otro lado, las mujeres que prefirieron que un profesional realizara la toma del test de VPH (modalidad TC) señalaron que su principal razón era la confianza en los profesionales de salud (Arrossi *et al.*, 2016).

Otro estudio realizado en el marco del proyecto EMA tuvo como objetivo describir las percepciones y opiniones de los implementadores, específicamente los agentes sanitarios que ofrecieron la AT. El enfoque estuvo en explorar la adopción de la AT como una tarea regular que pudiese incorporarse a sus actividades diarias, con la perspectiva de establecerla programáticamente en el sistema de salud, y no solo como parte de una investigación. Dado que se planeaba implementar la incorporación programática de la AT con todos los agentes sanitarios de Jujuy —en su mayoría, sin experiencia previa en el Proyecto EMA—, el cuestionario se administró tanto a agentes sanitarios con experiencia en la oferta de la AT como a aquellos sin experiencia directa, pero que podían inferirla a partir de la experiencia transmitida por sus compañeros y la observación en el trabajo diario compartido. Se utilizó un cuestionario transversal, anónimo y autoadministrado, aplicado a 191 agentes sanitarios, de los cuales 127 completaron el instrumento. Este cuestionario, compuesto por preguntas cerradas y abiertas, indagó en aspectos positivos y negativos de ofrecer la AT, el grado de acuerdo o desacuerdo en incorporarla como una tarea habitual, las razones para adoptarla o no, y los obstáculos o facilitadores para ofrecer la prueba en el futuro.

Los agentes sanitarios que tuvieron (o no) la experiencia de ofrecer la AT en el marco del Proyecto EMA manifestaron un alto grado de acuerdo para la adopción de esta estrategia, alcanzando el 78.7%. Reconocieron su potencial para prevenir el cáncer cervicouterino y el valor que aporta al cuidado de la salud de las mujeres bajo su cobertura. Sin embargo, también señalaron como principales obstáculos la sobrecarga de trabajo que enfrentan a diario, ya que implementan diversas estrategias sanitarias, así como los problemas de articulación con los distintos servicios del sistema de salud, lo cual podría dificultar la oferta de la modalidad en el futuro en un contexto programático (Curotto *et al.*, 2017).

A partir de la evidencia generada en el marco del Proyecto EMA, en 2014 se incorporó la modalidad AT en el contexto programático de la provincia de Jujuy, y posteriormente se extendió a la provincia de Tucumán. En la actualidad, se implementa en las jurisdicciones de Catamarca, Chaco, Entre Ríos, Jujuy, Mendoza, Misiones, Salta, San Juan, San Luis, Santiago del Estero, Tucumán y en algunos municipios de la Provincia de Buenos Aires.

### CIENCIA DE LA IMPLEMENTACIÓN, RE-AIM Y CFIR: METODOLOGÍAS PARA EL ESCALAMIENTO DE LA POLÍTICA PÚBLICA (2014-2023)

Tras los diversos hallazgos proporcionados por el PDJ en sus modalidades de AT y TC, y adoptando el marco de la Ciencia de la Implementación, se llevó a cabo un proceso de escalamiento para la implementación gradual del test de VPH en diferentes jurisdicciones del país. En este contexto, se identificaron componentes clave de las estrategias, como los ciclos de capacitación dirigidos a los distintos integrantes de los equipos de salud, y se protocolizaron procedimientos específicos. Asimismo, se definieron tareas y funciones para los implementadores de la estrategia.

En este apartado, se describe el proceso de escalamiento de la AT del test de VPH, evaluado a través de dos modelos de la Ciencia de la Implementación: RE-AIM y CFIR. Si bien el PDJ demostró resultados positivos, se consideró fundamental comprender cómo implementar la estrategia de la AT en otros contextos y con diferentes actores, además de identificar cuáles son los componentes esenciales y efectivos en una intervención para proceder a su desarrollo a gran escala (Milat *et al.*, 2015).

La Ciencia de la Implementación está vinculada a la medicina basada en evidencia y ha experimentado un importante desarrollo desde la década de 1990. Su enfoque promueve que toda práctica debe basarse en hallazgos científicos recientes y confiables. Sin embargo, al aplicarla, pueden surgir desafíos relacionados con la interseccionalidad entre lo que se ha demostrado, el conocimiento adquirido y el contexto en el que se propone desarrollar la práctica. La Ciencia de la Implementación busca

comprender el funcionamiento de la intervención y su contexto, analizando el comportamiento y las actitudes de los actores que diseñan, implementan y son destinatarios de las políticas públicas.

Esta disciplina ha generado marcos referenciales, modelos y estrategias que facilitan la implementación de resultados en contextos reales. Además, se centra en la difusión de los hallazgos de investigación mediante estrategias relacionadas con la traducción del conocimiento, la difusión de la innovación y la gestión necesaria para realizar los cambios requeridos en el proceso de adaptación a distintos contextos (Damschroder *et al.*, 2009; Bauer *et al.*, 2015).

La Ciencia de la Implementación se fundamenta en tres pilares: 1) un conjunto de marcos o modelos que orientan sobre la mejor estrategia de implementación según el contexto de la práctica, 2) un marco explicativo para comprender los resultados de la implementación y 3) un modelo o marco que evalúa la implementación (Doriam *et al.*, 2019).

El modelo RE-AIM (Alcance, Efectividad, Adopción, Implementación y Mantenimiento) considera las diferentes etapas de un proceso de implementación, abarcando desde las barreras y facilitadores hasta la adaptación de intervenciones en contextos específicos y la definición de indicadores para la planificación y evaluación de programas de salud. Su marco conceptual está compuesto por cinco indicadores:

- A. Alcance: se refiere al número o proporción de participantes y su representatividad con respecto a la población destinataria.
- B. Efectividad: se relaciona con el cambio en las variables de interés, el impacto en la calidad de vida y los posibles efectos negativos.
- C. Adopción: evalúa la representatividad de quienes implementan el programa o estrategia y los lugares donde se lleva a cabo.
- D. Implementación: considera la duración, los costos de un programa o estrategia y el grado en que se implementa.
- E. Mantenimiento: examina los efectos a largo plazo y cuestiones relativas a la continuidad, modificación o sostenimiento del programa y la estrategia (Lee *et al.*, 2017; RE-AIM, 2024).

Otro marco teórico integral que orienta la implementación de la evidencia es el CFIR (Consolidated Framework for Implementation Research / Marco Consolidado para la Investigación de la Implementación), que ofrece una guía efectiva de prácticas a considerar desde el diseño hasta la evaluación, estructurada en cinco dimensiones o dominios (Obando, 2019; Safanielli *et al.*, 2020):

- A. Características de la intervención: incluye aspectos que pueden influir en el éxito de la implementación, como la calidad de la evidencia, la ventaja relativa, la adaptabilidad, la capacidad de prueba, la complejidad, el diseño y los costos.
- B. Entorno externo: abarca influencias externas en la implementación, incluidas las necesidades y recursos de los usuarios y/o la población objetivo, el nivel de red establecido por la organización sanitaria que implementa, así como las políticas e incentivos externos.
- C. Contexto interno: se refiere a las características de la organización que lleva a cabo la implementación, como la cultura organizacional, la compatibilidad y la prioridad relativa de la intervención, las estructuras para el establecimiento de objetivos, el compromiso del liderazgo y el clima de implementación.
- D. Características de los individuos: considera las creencias, conocimientos y atributos personales de los destinatarios y/o ejecutores que pueden afectar la implementación.
- E. Proceso de implementación: comprende las etapas de implementación, que incluyen planificación, ejecución, reflexión y evaluación, así como la presencia de actores clave, como referentes organizacionales y promotores del proyecto.

En 2014, se identificaron como factores que facilitaron el escalamiento a nivel programático de la modalidad de autotoma (AT) en Jujuy la capacidad organizativa del sistema de salud provincial y la financiación para la compra del test de VPH. Mediante el modelo RE-AIM, se evaluaron dos dimensiones: el alcance de la cobertura, que reveló que el 9% de las mujeres destinatarias se sometieron a la prueba de detección a través de la AT en el sector de salud público de Jujuy; y la eficacia, que mostró que el 17% de las mujeres realizaron pruebas de detección del VPH, ya sea

por sí mismas o por un médico, en comparación con el 11,7% (4.579 /38.981) en 2013, período previo al escalamiento. Estos resultados evidencian la viabilidad del escalamiento con un alto nivel de adopción por parte de los agentes sanitarios de la provincia de Jujuy, quienes son los responsables de ofrecer la prueba, lo que resultó en un aumento en las pruebas de detección entre mujeres socialmente vulnerables con baja cobertura (Arrossi *et al.*, 2017).

Otras dimensiones del modelo RE-AIM, como la adopción y la implementación de las estrategias sanitarias por parte de los implementadores, fueron aspectos fundamentales para garantizar la sostenibilidad de la propuesta. Reconociendo la importancia de los agentes sanitarios como implementadores en la promoción del test de VPH en su modalidad AT y para complementar la evidencia obtenida, se realizó un estudio para conocer sus percepciones y experiencias. Para la recolección de datos, se aplicó una encuesta autoadministrada a 478 agentes sanitarios. Los principales resultados mostraron que, en relación con la dimensión de adopción, el 81.8% de los agentes sanitarios ofrecieron el test de VPH en modalidad AT, y el 86.4% expresó satisfacción con la estrategia. Sin embargo, el principal problema identificado fue la sobrecarga de trabajo, mencionada por el 50.2% de los encuestados, que se refiere a la necesidad de sumar al trabajo cotidiano el tiempo para ofrecer la prueba, proporcionar explicaciones informativas, y, en algunos casos, coordinar la recolección de muestras en otro momento si la mujer no se sometía a la prueba en ese instante. Estos resultados indican un alto nivel en la dimensión de adopción del test de VPH y sugieren la necesidad de reforzar las estrategias programáticas para motivar a los agentes sanitarios y reducir su carga de trabajo al implementar la estrategia de AT del VPH (Curotto *et al.*, 2018).

La organización política de características federal de Argentina puede presentar diferencias en la organización de los sistemas provinciales de salud, cuestión que podría influir en la implementación de la AT a nivel local. Una cuestión principal de la ampliación de la AT de muestras de VPH es la fidelidad de la implementación, o sea, el grado en que una intervención se realiza según lo proyectado en un contexto real. En este sentido, se

realizó una evaluación de la implementación de la AT del test de VPH en La Matanza, un distrito del Área Metropolitana de la provincia de Buenos Aires que tiene un entorno urbano diferente al de Jujuy donde se llevó a cabo el proyecto EMA. Los objetivos específicos del estudio fueron: evaluar el nivel de adherencia a los componentes centrales de la estrategia EMA y evaluar cómo diferentes factores afectan la fidelidad de la implementación. Se realizó un estudio descriptivo utilizando un enfoque multimétodo que incluyó evaluaciones cuantitativas y cualitativas acerca de la fidelidad de la implementación utilizando el marco CFIR. La evaluación sobre el nivel de adherencia a los componentes centrales de la estrategia llevada a cabo en el marco del proyecto EMA se realizó a través del análisis de una encuesta autoadministrada a promotoras de salud, observaciones participantes en el momento del ofrecimiento de la prueba y análisis de datos secundarios obtenidos del sistema de información SITAM. Los resultados evidenciaron que los componentes centrales con mayor fidelidad fueron las capacitaciones, el manejo de las muestras y el transporte de las mismas.

En cuanto a la oferta de la AT del test VPH, se realizaron en este nuevo contexto territorial adaptaciones como los lugares en los que las promotoras de salud ofrecían la prueba que exceden el ofrecimiento puerta a puerta como en la provincia de Jujuy: ferias barriales y sala de espera de los centros de salud con desarrollo de discursos de ofrecimiento de menor duración al momento del ofrecimiento. En el componente central relacionado al seguimiento y tratamiento a realizar con las mujeres cuyo resultado de la AT fue positivo, se encontró una menor adherencia al Pap de triaje y la colposcopia en relación a lo acontecido con el proyecto EMA realizado en la provincia de Jujuy en 2012. Algunos factores contextuales tuvieron un impacto negativo en la fidelidad de la implementación de la AT como la inseguridad urbana y la menor cantidad del recurso del personal de salud (limitado número de promotoras de salud por efectores que podían ofrecer la AT en actividades extra-muros). Los factores moderadores que contribuyeron a lograr un alto nivel de fidelidad incluyeron un alto nivel de compromiso por parte de las promotoras de salud y un claro conocimiento sobre la implementación de la estrategia, producto de los ciclos de capacitaciones.

El estudio evidenció a través del modelo CFIR, la importancia del análisis de la fidelidad y las adaptaciones realizadas en otro contexto programático para conocer la eficacia de la prueba implementada por otros equipos de salud (en el que las promotoras de salud de La Matanza tienen una formación y relación contractual diferente a los agentes sanitarios de la provincia de Jujuy) y con otra población destinataria, con sus propias características socioculturales (Paolino *et al.*, 2023). A partir de este último estudio y de los mencionados anteriormente (Arrossi *et al.*, 2015; Arrossi *et al.*, 2016; Arrossi *et al.*, 2017) se explicita que la AT del test de VPH es una modalidad que se caracteriza por tener una alta aceptabilidad por parte de las mujeres, potencial de aumentar rápidamente la cobertura y gran adaptabilidad para ser ofrecida en diversos contextos (Lazcano-Ponce *et al.*, 2011; 2014; Arrossi *et al.*, 2015; 2016).

En el marco de la pandemia de COVID-19, y a partir de la evidencia obtenida, se llevó a cabo el escalamiento del tamizaje a nuevas jurisdicciones mediante el desarrollo de una campaña destinada a aumentar la cobertura de detección, que se vio afectada, como muchas otras prácticas preventivas, en este contexto. En abril de 2020, el INC elaboró recomendaciones sobre el tamizaje para el cáncer de mama, colon y cervicouterino, con el objetivo de continuar las acciones preventivas. En lo que respecta al cáncer cervicouterino, las recomendaciones incluyeron realizar el tamizaje bajo la modalidad AT del test de VPH, utilizando diferentes escenarios como espacios comunitarios y centros de salud. En caso de que las personas testeadas obtuvieran un resultado positivo en el test de VPH, se propuso implementar una logística para su seguimiento (INC, 2020).

Sin embargo, ese mismo año, como consecuencia de la pandemia, se evidenció una reducción significativa en la cobertura para la población en riesgo, lo que impactó negativamente en el tamizaje para la detección de lesiones preinvasoras de cáncer (HSIL) y su posterior tratamiento. Esta situación es fundamental para reducir la mortalidad por cáncer cervicouterino, y se reflejó en un descenso del 57% en el porcentaje de personas que accedieron a una prueba de tamizaje en comparación con el año 2019.

En mayo de 2021, desde el PNPCC-INC se identificó como un problema la baja cobertura en diversas jurisdicciones del país, además del vencimiento de los reactivos del test de VPH, los cuales tienen una duración de un año. Se proyectó que el 50% de los reactivos entregados en todo el país por el PNPCC-INC ese año vencerían en septiembre si no se aumentaba el ritmo de tamizaje. Esta situación llevó al diseño de la estrategia “Campaña de Prevención del Cáncer Cervicouterino en el Contexto de la Pandemia de COVID-19 - Modalidad de Autotoma del Test de VPH”. En un marco de capacitaciones y acompañamiento por parte del PNPCC-INC, nueve jurisdicciones adhirieron a la campaña: la provincia de Chaco, que contaba con una experiencia piloto en la implementación de la AT del test de VPH; Salta y Entre Ríos, que no tenían experiencia previa en el ofrecimiento bajo esta modalidad; y seis municipios del conurbano de la provincia de Buenos Aires: San Martín, Ituzaingó, Morón, Tres de Febrero, Almirante Brown y Florencio Varela.

28

Así, tras la implementación de la AT del test de VPH en el segundo semestre de 2021, se restablecieron los porcentajes de cobertura, alcanzando niveles de tamizaje previos a la pandemia y logrando un porcentaje del 62,3% a finales de 2021, lo que significó una recuperación del 144% (Paul, 2022). En los años posteriores, además de las acciones programáticas, continuaron los desafíos en materia de investigación, como el conocimiento sobre la aceptabilidad de la AT en otros contextos y poblaciones, como integrantes de colectivos de diversidades y disidencias (Conti *et al.*, 2022) y mujeres en contextos de encierro (Conti *et al.*, 2023), por mencionar algunos.

## REFLEXIONES FINALES

En este artículo se presentaron el desarrollo de metodologías -y sus resultados- como diagnósticos, investigaciones formativas, combinación de enfoques cuali-cuantitativos y modelos de la Ciencia de la Implementación que a lo largo del tiempo han permitido la legitimidad del diseño y el sostenimiento con fundamento científico de la implementación de la política nacional para la prevención del CC en la Argentina. La continuidad de la política pública nacional ha posibilitado

espacios y procesos de evaluación y reflexión entre decisores políticos, técnicos e implementadores en diferentes niveles. Surge imprescindible la generación de evidencia científica así como la acción de validar los conocimientos consolidados, particularmente en el campo de la salud por tratarse de prácticas vitales sobre las que resulta importante influir (Burs *et al.*, 2012) y esto se ha logrado mediante la implementación. Diferentes estudios han demostrado que se necesita un promedio de 17 años para que la generación de conocimiento modifique las prácticas y que 1 de cada 5 intervenciones que se basan en la evidencia logran transformarse en práctica concreta y con continuidad (Kilbourne *et al.*, 2020; Rubin, 2023). Dado que esto surge como un propósito y una problemática en el campo de las políticas públicas sanitarias, la Ciencia de la Implementación como campo emergente cobra relevancia para decisores políticos y equipos técnicos en el intento de reducir los hiatos entre la investigación y la práctica, el saber y el hacer.

A lo largo de estos años y considerando esta perspectiva, la política para la prevención del cáncer cervicouterino pudo adaptarse, conocer y analizar los diferentes contextos y sus componentes: equipos de salud, relación entre servicios de salud, caracterización de usuarios, geografías, prácticas culturales, culturas organizacional de los equipos de salud, entre otros; variables imprescindibles en la implementación de la política sanitaria ya que la posibilitan (o no). Fue la resultante de estas prácticas de reflexión y acción las que resultaron imprescindibles para la socialización del conocimiento, la toma de decisiones políticas y los cambios direccionales.

Esta modalidad de trabajo consecuentemente y de modo sinérgico produce información para reeditar y reorientar el contenido de capacitaciones, estrategias de comunicación y la elaboración de documentos como la elaboración de protocolos, recomendaciones y lineamientos técnicos. Desde el PNPCC-INC consideramos como un desafío permanente y una responsabilidad por considerar la salud como un derecho humano, la vigilancia continua y sostenida a lo largo del tiempo en el desarrollo de la política pública sanitaria para lograr el objetivo de la disminución de la morbimortalidad del cáncer cervicouterino en nuestro país y también la visión de un camino hacia su erradicación y eliminación.

## BIBLIOGRAFÍA

- Arrossi, S., Paolino, M. (2008). *Proyecto para el mejoramiento del Programa Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello Uterino en Argentina. Diagnóstico de situación del Programa Nacional de Prevención de Cáncer de Cuello de Útero y programas provinciales*. Buenos Aires: OPS.
- Arrossi, S.; Thouyaret, L.; Laudi, R.; Marín, O.; Ramírez, J.; Paolino, M. (2015). “Implementation of HPV-testing for cervical cancer screening in programmatic contexts: The Jujuy demonstration Project in Argentina”. *Int J Cancer*. doi: 10.1002/ijc.29530.
- Arrossi, S.; Curotto, M.; Thouyaret, L.; Paolino, M.; Cuberli, M.; Laudi, R. (2016). *Manual para la implementación del test de VPH en contexto programático*. Buenos Aires: INC.
- Arrossi, S.; Paolino, M.; Thouyaret, L.; Laudi, R.; Campanera, A. (2017). “Evaluation of Scaling-Up of HPV Self-Collection Offered by Community Health Workers at Home Visits to Increase Screening Among Socially Vulnerable Under-Screened Women in Jujuy Province, Argentina”. En *Implement Sci*. doi: 10.1186/s13012-017-0548-1.
- Arrossi, S. y Cuberli, M. (2018). “Opiniones acerca de la primera campaña de comunicación pública sobre el test de VPH en la Argentina por parte de sus destinatarias”. En Petracci, M. y Rodríguez Zoya, P. G. (Comp). *Comunicación y Salud*. Buenos Aires: Editorial Teseo.
- Arrossi, S.; Curotto, M.; Zalacaín Colombo, J.; Thouyaret, L. y Laudi, R. (2019). *Prevención del cáncer cervicouterino. Protocolo para implementar la Estrategia Navegadoras en contexto programático*. Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer.
- Burns, N.; Grove, S. K.; Gray, J. (2012). *Investigación en enfermería: desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. Barcelona: Elsevier.
- CFIR. Marco consolidado para la investigación de la implementación (2024). Sitio web <https://cfirguide.org/>. Última consulta 10-9-2024.
- Conti, L.; Cuberli, M.; Curotto, M. (2022). “Prevención del cáncer cervicouterino en personas que no se autoperiben como mujeres cis”. XV Jornadas Nacionales de debate interdisciplinario en Salud y Población del Instituto Gino Germani, UBA, [Ponencia], 3-5 agosto de 2022, Buenos Aires.
- Conti, L.; Curotto, M.; Ahek, M.; Weisman, C.; Insaurralde, J.; Domenichini, V.; Cuberli, M. (2023). “Prevención del cáncer cervicouterino en contextos de encierro: disparidades y desafíos en el acceso al cuidado y la salud”. En Jornada de Investigación en Disparidades en Salud. CEDES, Universidad de San Francisco (EEUU) y Universidad Jauretche, 17 de marzo de 2023, Buenos Aires.
- Crum, C. P.; Abbott, D. W.; Quade, B. J. (2003). Cervical cancer screening: from the papanicolaou smear to the vaccine era. *Journal of Clinical Oncology*, 21(10S): 2245-2305.
- Curotto, M.; Barletta, P.; Paolino, M.; Arrossi, S. (2017). “La perspectiva de los agentes sanitarios sobre la incorporación programática de la autotoma del test de VPH”. En *Cad Saúde Pública*. doi: 10.1590/0102-311X00138515.
- Curotto, M.; Zalacaín-Colombo, J.; Paolino, M.; Arrossi, S. (2018). “Adopción e implementación del ofrecimiento de la autotoma VPH por agentes sanitarios en Jujuy, Argentina”. En *Salud Publica Mex*. doi: 10.21149/8854
- Damschroder, L. J.; Aron, D. C.; Keith, R. E.; Kirsh, S. R.; Alexander, J. A.; Lowery, J. C. (2009). “Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science”. *Implementation Science*, 4(1):50. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-4-50>
- Doriam, E.; Rodríguez, K. A.; Dominguez-Cancino, P.; Palmieri, J. M.; Leyva, M. (2019). “Ciencia de implementación: Una nueva estrategia para mejorar la práctica clínica en sectores de salud con escasos recursos”. En *Revista Científica Agora*, 06(01):e7.
- González Prieto, G.; Bernztein, R.; Miceli, A.; Drake, I. (2010). “Plan operativo para reducir la mortalidad materno infantil y de las mujeres adultas y adolescentes en Argentina”. *Revista Argentina De Salud Pública*, 1(3), 38-41. Recuperado a partir de <https://rasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/437>
- Instituto Nacional del Cáncer. (2020). *COVID-19. Recomendaciones para pacientes con cáncer en contexto de pandemia*. Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer.
- Kilbourne, A. M., Glasgow, R. E; Chambers, D. A. (2020). What can implementation science do for you? Key success stories from field Key success. *Journal of General Internal Medicine*, 35, 783-787.

- Koutsky, L. (1997). Epidemiology of genital human papillomavirus infection in. *The American Journal of Medicine*, 1997;102(5A):3-8
- Lee, R.; Galavíz, C.; Soltero, E.; Chavez, J.; Jauregui, E.; Lévesque, L.; Hernández, L.; Lopez, M.; Taylor, P. (2017). “Aplicando el marco conceptual RE-AIM para la promoción de la actividad física en países de ingreso bajo y medio”. En *Rev. Latino-Am. Enfermagem* Artículo Original 2017; 25: e2923 DOI:10.1590/1518-8345.1894.2923
- Milat, A. J.; Bauman, A.; Redman, S. (2015). Narrative review of models and successfactors for scaling up public health interventions. En *Implement Science*, 10:113. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0301-6>.
- Moreno, B.; Muñoz, M.; Cuellar, S.; Villanueva, J. (2018). “Revisiones sistemáticas: definición y nociones básicas”. En *Revista clínica de periodoncia, implantología y rehabilitación oral*, vol.11, Nº3.
- Obando, F.; Restrepo, C.; Díaz, S. (2018). “Ciencias de la implementación: de la evidencia a la práctica”. En *Revista Acta Médica Colombiana*, vol. 43 , núm. 4 , págs. 207-216 .
- Olivos, N. y Fattore, G. (2024). *Incidencia de cáncer en Argentina, 2022*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional del Cáncer.
- Paolino, M.; Arrossi, S. (2012). “Análisis de los motivos de abandono del proceso de seguimiento y tratamiento por parte de mujeres con lesiones precursoras de cáncer de cuello uterino en la provincia de Jujuy: implicancias para la gestión”. En *Salud Colectiva*, 8 (3): 247-261.
- Paolino, M.; Sankaranarayanan, R.; Arrossi, S. (2013). “Determinantes sociales del abandono del diagnóstico y el tratamiento de mujeres con Papanicolaou anormal en Buenos Aires, Argentina”. *Revista Panam Salud Publica*. 2013;34(6):437-45.
- Paolino M.; Firmenich, B.; Sánchez Antelo, V.; Cuberli, M., Curotto, M.; Le Pera, A.; Arrossi, S. (2021). “Implementation Fidelity Of a HPV self-collection strategy in Buenos Aires, Argentina”. [Abstract/poster]. 9th Annual Symposium on Global Cancer Research, Estados Unidos.
- Paul, L. ( 2022). “Campaña para la Prevención del Cáncer Cervicouterino: el rol clave de APS en el ofrecimiento de la autotoma AT en diferentes contextos” en “Virus Papiloma Humano: avances y desafíos para Argentina hacia la eliminación global del cáncer cervicouterino en contexto pandemia” Webinar organizado por el Ministerio de Salud de la Nación.
- RE AIM Improving Public Health (2024). Relevance and Population Health Impact. Sitio Web <https://re-aim.org/2024/>. Fecha última consulta 25-9-2024.
- Rubin,R. (2023). “Outtakes Average Of 17 years for evidence to change practice the burge on ingfield implementation science seeks speed things up”. En *JAMA*, 329(16), 1333-1336.
- Safanielli, N.; Brown-Johnson, C.; Jonathan, G.; Mahoney, M; Winget, M (2020). “CFIR simplificado: aplicación pragmática y adaptaciones del Marco consolidado para la investigación de implementación (CFIR) para la evaluación de una transformación de la atención centrada en el paciente dentro de un sistema de salud de aprendizaje”. En *Aprenda Sistema de Salud*. 4(1): e10201. doi: 10.1002/lrh2.10201
- Thouyaret, L. (2011). “Aspectos a considerar en la comunicación con las mujeres sobre el HPV” [disertación]. San Salvador de Jujuy: III Seminario Internacional “Nuevas tecnologías para la prevención del cáncer cérvico-uterino”; 2011. [citado 23 ago 2016]. Disponible en [http://www.msal.gov.ar/cancer-cervico-uterino/images/stories/4-seminarios/pdf/Seminario2011/dia2/2014-04\\_6\\_thouyaret\\_aspectos-considerar-comunicacion-mujeres-hpv.pdf](http://www.msal.gov.ar/cancer-cervico-uterino/images/stories/4-seminarios/pdf/Seminario2011/dia2/2014-04_6_thouyaret_aspectos-considerar-comunicacion-mujeres-hpv.pdf)
- World Health Organization.(2014). Cervical cancer screening information system: Argentina. En: WHO Compendium of innovative health technologies for low-settings, 2011-2014. Assistive Devices, eHealth solutions, Medial devices, Other Technologies, Technologies for outbreaks (p. 84). Ginebra: WHO
- Zamberlin, N; Thouyaret, L y Arrossi, S. (2011). *Lo que piensan las mujeres: conocimientos y percepciones sobre cáncer de cuello de útero y realización de PAP*. Buenos Aires: Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Organización Panamericana de la Salud ( OPS) y Ministerio de Salud de la Nación.